SISTEMATIZAÇÃO de EXPERIÊNCIAS de TRABALHO com GRUPOS

nos CENTROS de REFERÊNCIA em OBESIDADE | RJ

PHILLIPE AUGUSTO FERREIRA RODRIGUES
LUCIANA DA SILVA RODRIGUEZ
CAROLINE NIQUINI DE ASSIS
RAQUEL DE LIMA SOEIRO
JORGINETE DE JESUS DAMIÃO
JULIANA PEREIRA CASEMIRO

SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO COM GRUPOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM OBESIDADE/RJ

Autores

Phillipe Augusto Ferreira Rodrigues
Luciana da Silva Rodriguez
Caroline Niquini de Assis
Raquel de Lima Soeiro
Jorginete de Jesus Damião
Juliana Pereira Casemiro

SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO COM GRUPOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM OBESIDADE/RJ

Rio de Janeiro
2020

EdUERJ
Editora da UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã
CEP 20550-013 – Rio de Janeiro – RJ
Tel./Fax.: (21) 2334-0720 / 2334-0721
www.eduerj.uerj.br
eduerj@uerj.br

Colaboradores nos CRO: Carlos Gabriel Avelar de Bustamante Sá, Caroline Niquini de Assis, Felipe Marques David, Ian Rigon Nicolau, Letícia Andrade de Almeida, Luciana da Silva Rodriguez, Phillipe Augusto Ferreira Rodrigues, Priscila de Carvalho Pontes Amorim Costa, Raquel de Lima Soeiro, Sônia Eduardo Marques, Viviane dos Anjos Maresi, Wanna Inturias Sergillo Borges, Wellington Santana Santanna Junior

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

S623 Sistematização de experiências de trabalho com grupos nos Centros de Referência em Obesidade/RJ [recurso eletrônico] / Phillipe Augusto Ferreira Rodrigues... [et a.l]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : EdUERJ, 2020.
1 recurso online (9 p); il. : PDF.

ISBN 978-65-87949-15-4

1. Obesidade. 2. Qualidade de vida. I. Rodrigues, Phillipe Augusto Ferreira.

CDU 616-056

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Sumário

Lista de figuras

Apresentação

Desenvolver estratégias de cuidado aos sujeitos com excesso de peso representa um grande desafio para profissionais de saúde em diversas partes do mundo. Abordagens das mais diversas têm sido apresentadas para lidar com esse tema, que é considerado um problema de saúde pública em nível global. Nesse cenário, consideramos a publicação de *Sistematização de experiências de trabalho com grupos nos Centros de Referência em Obesidade* uma grande contribuição para a construção de práticas de cuidado mais humanizadas, contextualizadas e usuário-centradas.

Nas páginas seguintes, você encontrará uma descrição detalhada, sensível e crítica de equipes multiprofissionais extremamente comprometidas com a construção de alternativas que colocaram os sujeitos e suas necessidades no centro do debate terapêutico. São reflexões de profissionais que ousaram ultrapassar os limites biomédicos do conhecer e tratar a obesidade para, então, chegar a um lugar de escuta qualificada dos sofrimentos de quem convive com o peso dos estigmas e limitações da obesidade. Com grande criatividade e coragem, essa escuta chegou a lugares inusitados que permitiram reconhecer e registrar que existe alegria, prazer e vida nos corpos obesos.

O aprendizado com as experiências já empreendidas tem demostrado que precisamos apostar no cuidado integrado, a partir do trabalho interprofissional, e em abordagens educativas mais dialógicas que considerem a subjetividade das pessoas, superando,

portanto, as práticas mais comuns nos serviços de saúde, normativas e impessoais.

Compreendemos que esta publicação soma esforços com outras recentes, como o *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*, o *Guia alimentar para população brasileira* e o *Instrutivo: metodologias de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica*. Além disso, ressaltamos que esta Sistematização agrega o olhar interdisciplinar para o tema, ampliando as possibilidades de abordagens de educação e promoção da saúde relacionadas ao excesso de peso. Assim, é com a certeza de que a nossa criatividade e afeto são capazes de gerar práticas inovadoras e produtoras de saúde que apresentamos este material, que foi produzido no serviço de saúde pelos profissionais da área para inspirar e animar o cuidado no quotidiano de outros diversos serviços.

Saboreiem!!!

Jorginete Damião
Juliana Casemiro

Escolhendo os ingredientes...

Este material de sistematização de experiências em grupo dos Centros de Referência em Obesidade (CRO) foi produzido pelas suas equipes no período de novembro de 2015 a novembro de 2016, em parceria com professores do Instituto de Nutrição (INU) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Inicialmente, o objetivo era produzir um manual de atividades e dinâmicas formulado a partir da experiência do serviço, de forma a compartilhá-los com profissionais da rede dos diferentes níveis de atenção, considerando os resultados positivos obtidos a partir da abordagem com grupos.

A intenção era de apresentar um material diferenciado e útil aos profissionais da rede, e não apenas mais um manual entre tantos outros existentes, o que levou a exaustivas discussões nos espaços de reuniões de equipe. O apoio do INU, da UERJ, foi fundamental nesse processo na medida em que auxiliou no resgate da própria trajetória desse serviço, nos desafios encontrados, nas memórias dos grupos realizados e nos registros de atividades em atas. Essa retrospectiva foi essencial para a reorganização das ideias e a explicitação das singularidades de cada unidade CRO. Apesar dos objetivos em comum, as equipes têm suas especificidades tanto no processo de trabalho quanto na própria dinâmica do território de cobertura. Acumulou-se, ao longo do tempo, um volume de experiências e vivências que levou a um amadurecimento dos profissionais no modo de agir e pensar no trabalho com grupos.

Nesse contexto, o conceito de manual, conforme inicialmente imaginado, não mais caberia dentro dessa perspectiva. Optou-se por utilizar a metodologia de sistematização de experiências de Oscar Jara Holliday (2006), definindo como eixo de sistematização as atividades em grupo com sujeitos obesos grau III, apresentando os avanços e desafios do serviço no manejo com esse público. Ao longo dos quase seis anos de funcionamento, acumulou-se uma quantidade significativa e rica de vivências, em que foi possível desenvolver um saber-fazer que pode e deve ser compartilhado.

Num momento em que vem sendo discutida a linha de cuidado em obesidade nos municípios, acredita-se que esse material poderia ampliar estratégias e ações dessa questão nas diversas instâncias do cuidado, e, em especial, na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso se daria tendo em vista que se propõe a discutir as experiências e as vivências com as atividades em grupo e delas extrair aprendizagens críticas. Esse é um grande desafio, pois se trata de processos dinâmicos, que estiveram ao longo do tempo sob mudanças e movimentos e que integram um conjunto de fatores objetivos e subjetivos. Trata-se também de um reordenamento e, por consequência, reconstrução da memória do serviço (Holliday, 2006). A riqueza dessa produção seria, portanto, algo para além da técnica ou de um passo a passo, inclusive porque as experiências são únicas e irreplicáveis. No entanto, a oportunidade de fazê-las circular abre um caminho de reflexão e diálogo com profissionais que se interessam pela problemática da obesidade.

Sendo assim, este material parte do contexto macropolítico brasileiro sobre as questões da obesidade, em relação aos dados epidemiológicos, políticas públicas, publicações e documentos orientadores do seu cuidado. Segue-se a apresentação dos CROs e de conceitos-chave para esse serviço, no que concerne ao seu entendimento de atividades com grupos. Encerra-se com a descrição de atividades e temas específicos que renderam frutos bastante interessantes para os participantes e profissionais.

Organizando a cozinha de casa

A temática obesidade tem ocupado a agenda pública no campo da saúde em diversos países devido à magnitude que seus números têm alcançado nos últimos anos. Atualmente, mais de 2,1 bilhões de pessoas apresentam sobrepeso ou obesidade, representando 30% da população mundial (Marie, 2014). No Brasil, esse cenário não é diferente, o que torna importante compreender a construção dos marcos legais sobre a obesidade.

Nos últimos 40 anos, houve um processo de transição epidemiológico e nutricional no qual se percebe uma redução nas doenças parasitarias, infecciosas e desnutrição, ao lado do aumento de doenças crônicas e seus fatores de risco, tais como o sedentarismo, alimentação inadequada e tabagismo (Brasil, 2014a; 2014b).

Segundo levantamento da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), o excesso de peso aumentou nos últimos anos, atingindo 55,7% da população, enquanto 19,8% apresentam obesidade. Entre as capitais brasileiras e distrito federal, o Rio de Janeiro ocupa o terceiro lugar no ranking das cidades com maior concentração de indivíduos com excesso de peso, possuindo números maiores do que a média nacional. A porcentagem de pessoas com excesso de peso já chega a 57,7% da população, com 22,4% já apresentando algum grau de obesidade no Rio de Janeiro (Brasil, 2018).

O município do Rio de Janeiro, no ano de 2011, inaugurou a primeira unidade do Centro de Referência em Obesidade

(CRO) e, em 2013, outras duas unidades. Elas são compostas por equipe interdisciplinar – enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos e médicos endocrinologistas – voltada para o tratamento clínico ambulatorial da obesidade grau III,[1] também conhecida como obesidade mórbida. Se o sobrepeso e a obesidade já são considerados grandes problemas, a obesidade mórbida se constitui como uma versão patológica ainda mais grave, em que o excesso de gordura atinge níveis que afetam a saúde física e mental, aumentando o risco de problemas associados e reduzindo o tempo de vida (Rodriguez, 2016).

No âmbito das políticas públicas brasileiras, o Ministério da Saúde segue as recomendações do Consenso Latino-Americano de Obesidade (Coutinho, 1999) e do documento "Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde" (OMS, 2004b). Seus esforços para ampliar as estratégias de abordagem da obesidade vão ao encontro do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, que sinalizava a importância da abordagem integral com a atuação de todos os níveis de atenção, viabilizando uma coordenação do cuidado efetiva. Para tanto, seriam necessárias articulações intersetoriais e organização da rede de serviços, elaborando-se linhas de cuidado, ao passo que, na esfera micropolítica, deveria ser fortalecida a vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário. A portaria n.° 4279, de 30 de dezembro de 2010, vem ao encontro dessa perspectiva, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A portaria n.° 483, de 01 de abril de 2014, que revisa a de n.º 252, de 2013, corrobora esse objetivo, incentivando mudanças no modelo de atenção à saúde, com a intenção de garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, prevenir e reduzir as suas complicações e melhorar os indicadores de saúde.

---

[1] Essas caracterizações são feitas a partir do cálculo de IMC com resultado igual ou maior que $40kg/m^2$.

Com vistas a ampliar a porta de entrada dos usuários com sobrepeso e obesidade no sistema de saúde, o Ministério da Saúde torna pública sua proposta de linha de cuidado para obesidade em março de 2013, por meio das portarias n.° 424 e 425, consideradas marcos normativos das políticas públicas voltadas para a obesidade, redefinidas pela portaria 62, de 06 de janeiro de 2017.

Espera-se que, uma vez estruturada, essa rede de atenção possa promover cuidados qualificados e a atenção à saúde de forma longitudinal. Sendo uma doença crônica e complexa, a obesidade requisita apoio continuado e multiprofissional e não apenas de intervenções biomédicas. O cuidado, nesse sentido, deve ser planejado, integrado e capaz de prever as necessidades de saúde desse público (Nicolau, 2015).

Atualmente, o Ministério da Saúde promove ações no campo da promoção da saúde sobre alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Alguns programas foram criados especificamente para isso, como a Academia da Saúde, o Amamenta e Alimenta Brasil, Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais, Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Programa Saúde na Escola, e Vigilância Alimentar e Nutricional.

A relevância do cuidado ao excesso de peso e obesidade refletiu no aumento de programas e ações voltados ao enfrentamento desse problema nos últimos anos. O Ministério da Saúde destinou algumas publicações – Caderno de Atenção Básica (CAB) – específicas para nortear os profissionais da rede de serviços sobre obesidade. O CAB 12 refere-se à obesidade (Brasil, 2006), o CAB 35, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Brasil, 2014a), e o CAB 38, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade em 2014 (Brasil, 2014b). Além disso, a portaria n.º 483, de 1.º de abril de 2014 redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para organização das respectivas linhas de cuidado (Brasil,2014c).

A organização das ações de prevenção e de tratamento do sobrepeso e da obesidade visa, nesse sentido, fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos.

Em 2015, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) elaborou um documento para subsidiar os debates da 15.ª Conferência Nacional de Saúde, "Saúde Pública de Qualidade para Cuidar bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro", e na 5.ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, "Comida de Verdade no Campo e na Cidade: por Direitos e Soberania Alimentar". Esse documento contribuiu com reflexões acerca de ações voltadas para o fortalecimento da agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na saúde. Ele traz propostas de diretrizes e ações para a agenda de alimentação e nutrição para os próximos quatro anos. Entre suas diretrizes, a organização da atenção nutricional no SUS é apontada como um eixo importante na estruturação da rede de atenção à saúde. Reforça a importância da qualificação dos profissionais e incentiva ações de promoção de hábitos saudáveis e cuidado de pessoas com excesso de peso.

Nota-se que as discussões no campo da saúde pública e os marcos legais sobre a abordagem dessa problemática no SUS se complexificaram ao longo dos anos e pode-se dizer que ganharam em qualidade ao se apoiar nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), eles correspondem aos "fatores econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de saúde e seus fatores de risco na população" ou simplesmente como as "condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham", segundo definição de comissão análoga da OMS (Buss e Pelegrini Filho, 2007, p. 78).

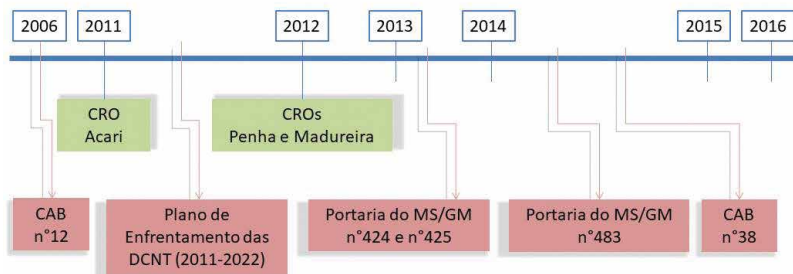
Dessa forma, pensar a ocorrência da obesidade é tomá-la com os seus atravessamentos, entendendo a influência dos diversos fatores envolvidos no processo. Apesar de a OMS (2004) defini-la como

um acúmulo excessivo de tecido adiposo a um nível que compromete a saúde do indivíduo, esse conceito reflete seu caráter determinista e mecanicista. Ele não dá conta de toda complexidade que a envolve. É necessário abordá-la além da mecânica de ingestão e gasto calórico. Sendo um objeto complexo (Morin, 1996), é atravessada, sobretudo, por fatores sociais, econômicos e culturais (Carvalho e Martins, 2004). Considerando a complexidade dos determinantes da obesidade, ressalta-se a importância de um olhar que não recaia somente sobre a pessoa obesa, que não a culpabilize pelo estado de saúde, mas que possa oferecer um espaço de escuta que esteja atenta ao conjunto das necessidades daquele sujeito em sofrimento.

Uma panela com várias colheres: a experiência do CRO

Os Centros de Referência em Obesidade foram oficialmente instituídos em 15 de julho de 2011, por meio de uma publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. O primeiro deles foi inaugurado no bairro de Acari, composto por uma equipe multiprofissional responsável pela cobertura de 100% da população adstrita ao território.

Inicialmente, esse serviço foi intitulado *Centro de Referência do Obeso* e sua criação ocorreu de forma verticalizada. Nesse primeiro momento, tanto a nomeação do espaço quanto a perspectiva de como se daria a estruturação do serviço eram incipientes. A organização da RAS para o cuidado da obesidade era uma questão emergente, não existindo as atuais portarias e proposta de linhas de cuidado direcionada ao cuidado desse público, como pode ser visto na figura a seguir:

Figura 1 - Linha do tempo das políticas públicas nacionais ao longo da existência do CRO

Fonte: autoria própria.

Essa linha do tempo localiza o momento no qual os CROs se inserem e como eles se relacionam no contexto de movimentação das políticas públicas nacionais voltadas para o enfrentamento da obesidade.

Nota-se que, no momento da constituição da primeira unidade, existia apenas o CAB n.º 12 (BRASIL, 2006). Ele era o único documento norteador para o manejo clínico, atividades educativas, estratégias e ações voltadas para esse público. Pode-se dizer que atravessava na equipe certo sentimento de desamparo, visto que a maior parte das experiências encontradas na literatura era segmentada ou relacionada à abordagem cirúrgica da obesidade. A proposta de construção de uma abordagem clínica-ambulatorial interdisciplinar era uma inovação e, por isso, coexistia com o sentimento de solidão e desamparo um mundo de possibilidades a ser experimentado. Muito do aprendizado e experiências construídos no CRO foi baseado em tentativas e erros, até encontrar caminhos mais acertados. O denominador comum nas apostas feitas era o de abordar os usuários do serviço como sujeitos de sua própria vida, com desejos, limites e principalmente potencialidades. Essa premissa permitiu que as abordagens dos profissionais se orientassem pela melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento de autonomia dos usuários.

Nesse processo de organização, estruturação e implantação do serviço, o CRO contou com o apoio do Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) como referência técnica para os profissionais. Uma das primeiras mudanças propostas ao longo do processo de consolidação do serviço foi sua nomenclatura. O nome "Centro de Referência do Obeso" causava grande incômodo, pois reduzia o sujeito obeso à sua doença. Isso levou a que se optasse, posteriormente, pela sua troca, passando a ser chamado de "Centro de Referência em Obesidade". Ainda que abarcasse essa condição patológica, passou a ser orientada pela questão ética da complexidade.

No ano seguinte, houve a expansão desses serviços com a inauguração das unidades nos bairros Penha e Madureira, o que levou a uma redefinição da cobertura dessas unidades no município do Rio de Janeiro. O novo desafio era o de manter um serviço de qualidade, acessível para a maior parte da população, considerando a carga horária de 20 horas semanais dos profissionais que se distribuem entre o desenvolvimento de atividades de gestão, planejamento e assistência.

Todos os CROs foram alocados no interior de Clínicas da Família (CF) com a intenção de estar mais próximo das ações de saúde realizadas no território de atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Esse posicionamento estratégico dos CROs facilitaria a longitudinalidade do cuidado, de forma que o usuário pudesse transitar mais facilmente pela rede de serviços disponíveis, além de promover uma maior integração assistencial por todo o contínuo de atenção e ajudar no desenvolvimento e capacitação de recursos humanos nessa área.

No entanto, no ano de 2016, as unidades Acari e Madureira foram ambas deslocadas e tiveram suas atividades concentradas no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, no bairro de Acari. Ainda que oficialmente vinculado à Clínica da Família Marcos Valadão, as equipes utilizam um espaço cedido pelo hospital, localizado no mesmo terreno da CF.

Destaca-se que a proposta de atuação interdisciplinar propicia um olhar ampliado sobre o usuário que qualifica o projeto terapêutico singular (PTS), principalmente pelo fato de ele participar das decisões sobre seu próprio tratamento, considerando-o ativo nesse processo e valorizando todos os espaços de diálogo possíveis.

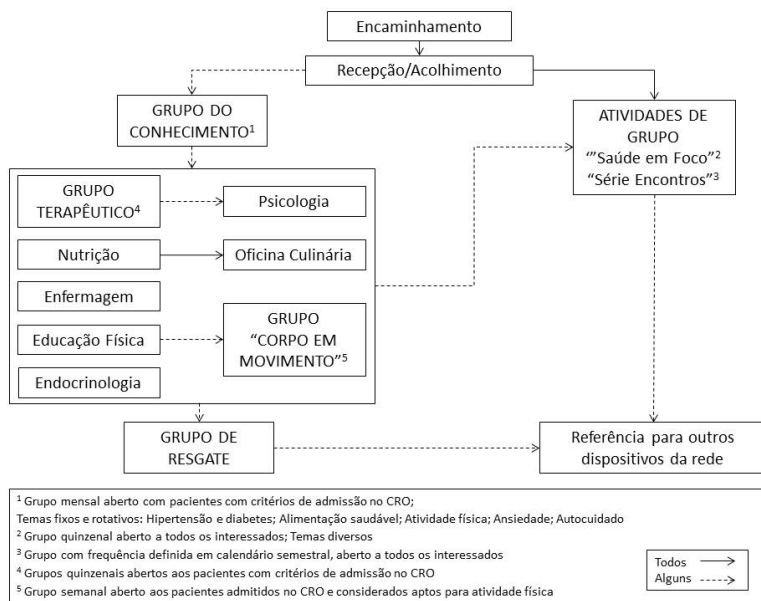
Definiu-se, como pontos de corte para a admissão no serviço, sujeitos obesos que apresentassem Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m², associado ao diagnóstico de diabetes, ou IMC superior a 50 kg/m², independentemente de comorbidades associadas. Esses critérios tinham por objetivo oferecer assistência a um segmento mais grave da obesidade que encontrava entraves no acesso a serviços de saúde. Isso pode ser notado quando unidades básicas de saúde não apresentam, em geral, nem mobiliário, nem instrumentos adequados para o atendimento desses usuários. As próprias balanças suportam, em geral, até 150kg, os aparelhos de aferição da pressão arterial não alcançam a circunferência do braço e, ainda, há ausência de cadeiras ou macas que suportem o peso desses usuários, de modo que a realização de alguns exames fica prejudicada.

Uma vez que o perfil populacional se alterou ao longo dos anos, a rede de serviços deveria estar preparada para acolher essa demanda. Porém, não é o que acontece. Falta mobiliário básico que sustente o excesso de peso apresentado por boa parte desse segmento da obesidade, e o mesmo acontece com vagas para internação e exames mais complexos.

A ideia, portanto, era a de priorizar o atendimento àqueles que teriam maiores dificuldades de acessar esses dispositivos, visto que outros segmentos da obesidade poderiam ser acompanhados na ESF ou em ambulatórios outros.

Atualmente, o fluxo de entrada e acompanhamento dos usuários está representado na figura 2. A porta de entrada do serviço é o “Grupo de Acolhimento”. Nesse primeiro momento, é observado se os usuários encaminhados atendem aos critérios de inclusão, e

são esclarecidos os objetivos, funcionamento e as principais dúvidas sobre o serviço e o acompanhamento clínico. Os usuários inseridos no programa participam de encontros no chamado "Grupo de Conhecimento em Saúde", cujo objetivo é orientar sobre a obesidade e as principais comorbidades, tratamentos medicamentosos e a importância de mudança de estilo de vida. Todos passam por avaliação com todos os profissionais e, em paralelo às consultas individuais, os usuários participam dos grupos multiprofissionais e oficinas, como o "Grupo Saúde em Foco", que aborda questões gerais sobre saúde, "Grupo Corpo em Movimento", voltado para atividade física, "Grupo Terapêutico", coordenado pelo psicólogo, e as "Oficinas Culinárias".

Figura 2 – Fluxo de entrada e acompanhamento dos usuários no CRO

Fonte: Protocolo do CRO.

As atividades em grupo são uma das estratégias para o cuidado adotadas no CRO, consideradas de grande importância, visto sua potência em promover troca de vivências, dificuldades enfrentadas, experiências adquiridas e construção de estratégias que diminuam seu isolamento social.

Cabe ainda ressaltar que, para além das demandas supracitadas, os CROs estão disponíveis para discussão de casos e matriciamento de equipes da ESF, entre outras atividades. Anualmente, o serviço organiza Seminário de Enfrentamento da Obesidade, voltado para os profissionais da rede. Já foram desenvolvidas, até o presente momento, três edições com o intuito de compartilhar experiências do manejo clínico da obesidade e vivências de atividade em grupo na rede de serviços.

Acertando os temperos: o histórico das atividades em grupo

Apesar da atual configuração, muitas mudanças ocorreram ao longo da existência desse serviço e, nisso, incluem-se as atividades em grupo desenvolvidas. Desde sua inauguração, o CRO já apresentava em sua estrutura a perspectiva de trabalho com grupos. Inicialmente, optou-se por montar dois grupos fechados,[1] com dez participantes cada, de frequência quinzenal, com coordenação de um profissional fixo responsável pelo grupo, enquanto os outros lhe dariam suporte. Nesse momento, foi feita a opção por temáticas também fechadas, propostas pelos próprios profissionais. Como parte do planejamento, usava-se um quadro onde constavam os temas, os objetivos, tempo de duração, os coordenadores do grupo, as estratégias e os recursos utilizados. Ao longo dos encontros, houve nítida diminuição da frequência dos participantes.

Em pouco tempo, foi necessária a substituição do profissional coordenador do grupo. Essa necessidade, somada à diminuição da frequência e consequente baixa adesão dos participantes, levou a que novas discussões em reuniões de equipe se fizessem presentes e que a primeira mudança fosse proposta: descentralização na coor-

[1] A designação "grupos fechados" se refere ao fato de o grupo ser composto por um conjunto de pessoas que iniciam e terminam juntas, com prazo definido, não aceitando a entrada novos membros.

denação dos grupos mediante rodízio dos profissionais e a junção dos dois grupos existentes.

Vale destacar que, nesse período, os registros eram feitos no prontuário de cada participante. Não havia registro detalhado dos grupos realizados em livro próprio, destacando sua dinâmica e evolução. Também não se utilizava nenhum recurso de avaliação de cada encontro. Preocupações estas que foram construídas à medida que problemáticas e novas necessidades eram percebidas pela equipe. De modo geral, apesar de necessário, é difícil manter os processos de avaliação sistemática das atividades desenvolvidas em serviços de saúde. O principal motivo é o das altas demandas quanto aos atendimentos propriamente ditos. Contudo, essa questão sempre foi algo priorizado pela equipe, estando frequentemente em pauta das reuniões. Vale ressaltar que algumas mudanças também foram propiciadas pela própria saída e entrada de novos profissionais, o que trouxe novos olhares e propostas de trabalho.

Seguiu-se durante algum tempo com grupos e temas fechados, porém, com maior registro, sistematização dos encontros e processo avaliativo. Ainda assim, não parecia o suficiente para garantir a adesão dos usuários ao serviço. Isso impactava negativamente os profissionais, suscitando sentimentos de fragilidade, frustração. No entanto, insistiam nessa abordagem, inclusive instituindo que a porta de entrada do serviço seria feita por meio de um grupo de acolhimento. A escolha estava em favorecer uma sensibilização desde o início do acompanhamento com espaços de atividades em grupo. A aposta nessa abordagem era grande, porém, só o tempo, a experiência e as reflexões sobre o impacto desses espaços nesses usuários é que formaram um perfil de atuação mais refinado.

Cada vez mais ficava nítida a necessidade de aumentar a voz e poder de decisão dos participantes nesse planejamento das atividades. Passou-se a atuar, portanto, sobre as demandas que traziam para os encontros. Apesar desse salto qualitativo em relação ao aumento de protagonismo dos participantes, insistia-se em manter

os grupos fechados, bem como o número de encontros regulares, de forma que, passados os dez encontros – número definido pela equipe –, as pessoas seriam convidadas a participar de um "grupo de manutenção da perda de peso". O principal motivo para manter um grupo fechado era o interesse de também avaliar o impacto na perda de peso de usuários que frequentassem os grupos em comparação àqueles atendidos unicamente em consultas individuais. Esse interesse era reflexo do fato de se tratar de um serviço jovem e completamente inovador no município. Por consequência, a equipe estava em processo de exploração desse campo, visto a reduzida literatura sobre trabalhos com sujeitos obesos grau III que não estivesse vinculada especificamente à cirurgia bariátrica.

A própria prática sinalizou, ao longo do tempo, os caminhos a serem trilhados. À medida que os problemas apareciam, eles eram problematizados e repensados, afinal, "em time que está ganhando ninguém mexe", mas, quando não está, é necessário buscar outros caminhos.

Esse primeiro ano de funcionamento foi atravessado por impasses, experimentações, afinamento e refinamento da equipe em relação aos grupos. Os estudos sobre grupos aumentavam e diferentes questionamentos se colocavam: que tipos de grupos o CRO promove? Quais os objetivos? Como nomeá-los? Qual a orientação teórica os embasa? Muitas perguntas, muitas discordâncias, algumas decisões. A necessidade de sistematização persistia na equipe também por orientação técnica do INAD, que sempre relembrava da importância da coleta de dados e seu uso para justificar os avanços ou não do serviço, bem como a sua manutenção, em termos de investimentos financeiros, frente à secretaria de saúde.

Com isso em mente, as unidades da Penha e Madureira foram inauguradas, e mudanças estruturais impactaram o serviço positiva e negativamente. Num momento em que contava com duas equipes que cobriam 40h semanais, a unidade de Acari foi cindida, e profissionais foram deslocados para as outras unidades, enquanto

outros foram contratados de forma a compor o restante das equipes. Foi necessário um novo processo de adaptação dos profissionais, o refinamento quanto aos objetivos do serviço e a inclusão desses novos olhares. Foi nesse contexto em que se fortaleceu a ideia de realizar grupos de acolhimento de novos sujeitos e surgiu a proposta de um grupo de educação em saúde na fase inicial de tratamento na unidade da Penha e que foi incorporada pelas outras unidades pouco tempo depois.

A porta de entrada, também chamada de "Grupo de Acolhimento", tem o enfermeiro como principal referência para a organização e condução do grupo. Recebendo retaguarda de outros profissionais quanto à avaliação antropométrica, abertura de prontuário e eventuais contrarreferências daqueles que estivessem fora dos critérios de inclusão no serviço. Como apontado anteriormente, o principal objetivo desse grupo é levantar as expectativas dos sujeitos, conversar sobre o serviço, seu funcionamento, esclarecer dúvidas sobre o tratamento oferecido e os possíveis encaminhamentos para cirurgia bariátrica que se façam necessários. Os "Grupos de Conhecimento em Saúde" foi um recurso utilizado para abordar questões amplas e bastante prevalentes nas consultas individuais com todos os profissionais. Dessa forma, conjugavam-se duas preocupações: a de otimizar o trabalho quanto ao tempo e ao alcance de um número maior de usuários e, principalmente, consolidar e fortalecer um vínculo de grupo entre os participantes a partir de um espaço dialógico.

De fato, foi possível perceber que a adesão ao tratamento e às atividades em grupo mudou. Eles tiveram tempo, ao longo dos encontros, para estruturar vínculos e construir parcerias. Alguns puderam organizar inclusive estratégias solidárias de apoio entre eles mesmos, tanto em termos de caronas e companhias para irem às unidades, quanto apoio pelas redes sociais. A partir daí, notou-se que aqueles que entraram no serviço por grupos participavam mais ativamente das atividades coletivas propostas em comparação

àqueles que entraram diretamente por consultas individuais. Outras características também se evidenciaram. Percebia-se que o número de participantes diminuía próximo ao fim do mês devido à questão financeira. A adesão também era maior naqueles que tinham menores prejuízos na mobilidade e naqueles que moravam mais próximos das unidades. Todos esses fatores mostram o quanto é importante que a abordagem da obesidade ocorra o mais próximo da residência desses sujeitos, promovendo principalmente acesso a eles.

Vale ressaltar que esse momento foi fundamental para que as equipes também se fortalecessem nessa aposta, visto as inúmeras vezes em que sentimento de impotência acometia as equipes quando as expectativas de retorno nesses investimentos feitos não eram atendidas; tanto que atividades extramuros na praça, no supermercado, no Parque de Madureira, passeios para o Bosque da Barra ou para o Santuário da Penha puderam ser propostas e foram bem acolhidas. Nesse período, as unidades experimentaram recursos e ferramentas diferentes. Compartilharam-se experiências exitosas entre si, cada uma com a sua realidade de espaço físico, parcerias e disponibilidade de profissionais.

Destaca-se que nem todas as atividades foram reproduzidas em todas as unidades, e aquelas que se desenrolavam em mais de uma unidade, ainda assim mantinham diferenças quanto à condução e recursos possíveis, adaptando-se, ou não, a cada realidade. As próprias oficinas culinárias foram desafiadoras na sua implementação. Apesar das linhas de cuidado preverem o desenvolvimento dessas atividades, a estrutura física dos serviços nem sempre são favoráveis. Inicialmente, não existiam equipamentos e materiais necessários para o seu desenvolvimento. Para tanto, contou-se com a boa vontade dos participantes, doações e parceria com outros setores. É nesse sentido que não existe "receita de bolo", mas aprende-se na prática.

Na unidade de Acari, a organização se deu a partir do somatório profissionais-usuários que dividiam não apenas as responsabilidades

sobre os ingredientes das receitas, mas também se organizavam sobre os utensílios e eletrodomésticos a serem usados e buscava parcerias com a lanchonete próxima, como, por exemplo, para o uso de forno. Na unidade da Penha, pôde-se contar com o empréstimo de um forno elétrico, enquanto a unidade de Madureira, que não contava com condições de estrutura física para implementá-la, contou com o espaço e curso no Serviço Social do Comércio (SESC), que era muito próximo à unidade.

Experimentou-se o trabalho com grupos abertos[2] e fechados em número de participantes e encontros. Não se pode atestar eficiência maior de um sobre o outro, e sim avaliá-los pelos seus objetivos. Os grupos iniciais são fechados nos dois aspectos, bem como os grupos terapêuticos conduzidos pelos profissionais de psicologia. Enquanto outros são abertos e extensos à comunidade, outros são feitos em parceria com profissionais das Clínicas da Família.

À medida que cada usuário concluía sua participação nos cinco encontros acordados como "Grupo do Conhecimento em Saúde", eles eram agendados para as entrevistas individuais, nas quais são feitas avaliações por categoria profissional e, posteriormente, é construído um projeto terapêutico singular (PTS), que pode incluir ou não atividades coletivas. Os profissionais de psicologia coordenam grupos terapêuticos, enquanto os profissionais de educação física realizam, com o apoio dos enfermeiros, o "Grupo Corpo em Movimento", voltado para o estímulo à atividade física, mas não se esgotando nela. A atividade física é usada também como objeto disparador de outras discussões relacionadas à qualidade de vida, sociabilidade, à realização de atividades de vida diária e autocuidado, buscando, assim, uma integralidade do sujeito, considerando suas potencialidades (Rodrigues et al., 2015). Assim, mais do que uma mudança de estilo de vida, pensa-se na construção de estratégias de enfrentamento possíveis (Rodriguez, 2016).

---

[2] Os "grupos abertos" se caracterizam por não estabelecerem prazo para o término, permitindo também a entrada de novos participantes.

Durante bastante tempo, foi orientação técnica do serviço um cuidado excessivo em promover atividades descoladas da questão da comida e que enfatizassem outros aspectos da vida e rotina desses sujeitos. Preocupação fundamental por entender que, ao longo da vida, de fato, a comida e a relação estabelecida com ela era, muitas vezes, a de centralidade e dependência. Parecia razoável pensar, planejar e intervir nessa realidade propiciando a emergência de outras formas de existência, de sentir prazer, de se relacionar. Definitivamente, as intenções eram muito boas e pertinentes. No entanto, pecava-se num aspecto: o excesso. Sendo uma hipótese e orientação de trabalho que durou bastante tempo e que rendeu frutos, ela se baseava em percepções dos profissionais sobre o conjunto dos sujeitos atendidos e desconsiderou, durante algum tempo, os pedidos e a necessidade de muitos deles: o falar e esgotar a problemática comida. Se construir outras formas de relação eram necessárias, falar sobre a comida também era.

Foi nesse contexto que o "Grupo Saúde em Foco" foi construído e se estabeleceu, discutindo questões diversas com os usuários do serviço e, por vezes, familiares, acompanhantes, moradores do território adstrito. Abriu-se mão daquele grupo fechado, coordenado na forma de rodízio de profissionais, para dar lugar a um grupo aberto em número e tipo de participantes, já que é disponibilizado à clínica da família. Tempo depois, apostou-se nos espaços das "Oficinas Culinárias", quando se percebeu a importância de enfrentar o problema da comida junto a eles.

De certo modo, havia certo temor nas equipes em estimular e reforçar a centralidade na comida, porém era mais grave reproduzir o processo de negação que eles próprios vivem quanto a isso. Era importante colocar essa questão em roda com menos pudor. Afinal, nenhum deles estaria ali se a vivência com a comida não tivesse se tornado problemática.

As oficinas também eram abertas e organizadas com os participantes. As receitas eram escolhidas, discutidas quanto aos

motivos da escolha, que adaptações poderiam ser feitas; depois, disponibilizadas a todos e, por fim, a divisão dos ingredientes e utensílios necessários. Tudo feito coletivamente. Aos profissionais do serviço, cabia apenas a organização das discussões, pôr em pauta outras possibilidades de preparo e mediar conflitos. A ludicidade do processo tornava os encontros leves e agradáveis. As Oficinas eram feitas em ciclos, de forma que, ao final, formavam um caderno de receitas que eles próprios personalizavam mediante uma atividade de artesanato.

Como se pode ver, longa foi a trajetória do serviço quanto às atividades em grupo, seus objetivos, suas preocupações, inclusive com seus temores e pudores. Muito se fez, se construiu e desconstruiu para dar lugar ao novo, e diferentes influências teóricas deram suporte para essas experimentações que aqui estão sendo partilhadas. Passando por Kurt Lewin, por Pichón Rivière, chegando a Paulo Freire, pode-se dizer que essa trajetória foi uma panela de várias colheres que mexeram, temperaram e produziram espaços de atenção psicossocial a esses usuários. Chegou-se a um formato lúdico, preocupado em ampliar as possibilidades sensoriais e de experimentação do próprio corpo, da saúde e da própria alimentação. As atividades em grupo se tornaram espaços de escuta, de acolhimento, de intervenção e empoderamento. Espaços de reconhecimento e valorização dos seus saberes, desenvolvendo habilidades, exercendo a criatividade e tornando-os protagonistas das ações desenvolvidas. Os grupos realçam a autonomia, o autocuidado e a autoestima do indivíduo, pois confirmam para ele sua capacidade de atuação na sociedade. O foco, há muito tempo, deixou de ser a doença para se depositar no sujeito.

Sovando a massa: aprendizados possibilidades e apostas

Um dos grandes desafios iniciais da formação desse novo serviço foi o desenvolvimento das relações entre as diferentes disciplinas que o compõem. Entende-se aqui disciplina como as diferentes formas e conjuntos de conhecimentos representados pelas categorias profissionais. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade são as diferentes formas dessas disciplinas se relacionarem, e a compreensão dessas relações é de grande importância para o desenvolvimento do trabalho em grupo dos profissionais, para os grupos e com os usuários.

A multidisciplinaridade remonta às ideias cartesianas de que o conhecimento pode ser analisado em partes, ou seja, isoladamente, a partir das disciplinas. Assim, a relação entre elas para a compreensão de um determinado problema se dá a partir da visão única pelo recorte epistemológico de cada uma (Martinazzo e Cherobini, 2014). Para melhor entendimento, é possível ilustrar – como uma vivência multidisciplinar do CRO – o momento em que o usuário é atendido individualmente por cada profissional. Assim, de maneira particular, os profissionais relatam em prontuário o problema a partir da perspectiva de sua disciplina. Nesse momento, quem circula é o sujeito entre as disciplinas. Estas, por sua vez, estão fechadas em seus conteúdos e normas. Essa forma de relação disciplinar é reconhecida como insuficiente para lidar a

fragmentação e, apesar de ser considerada como um avanço, pouco tem a contribuir para uma visão global de determinado problema (Martinazzo e Cherobini, 2014).

Por sua vez, a interdisciplinaridade se apresenta como uma forma de relação mais aberta e menos engessada entre as disciplinas. Nela, as disciplinas assumem também a função de potencializar umas às outras a partir de seu próprio conteúdo. Para isso, é necessário que elas se aproximem e dialoguem com cumplicidade sobre o problema em questão (Auth, 2014). Colocando isso no plano teórico-prático de um serviço de obesidade, podemos ilustrar uma situação na qual a equipe realiza uma discussão de caso para adequar um plano alimentar associado à prática de atividade física em um sujeito que apresenta sintomas depressivos, por exemplo. Na interdisciplinaridade, o usuário não circula entre as disciplinas. Ele está na intercessão delas.

A transdisciplinaridade não é uma forma recente das disciplinas se relacionarem. Ela remonta ao século XII, sendo ignorada na Revolução Industrial, período marcado pela fragmentação do conhecimento, e retomada a partir das descobertas da Física Quântica no final do século XIX. O conceito de transdisciplinaridade nos remete ao que está além das disciplinas, ou seja, o homem. Assim, as relações entre os homens e dos homens com o ambiente são determinantes na construção do conhecimento. A transdisciplinaridade está estruturada sobre o diálogo, para que o sujeito supere os limites das disciplinas. No entanto, ela não é negada pela transdisciplinaridade, mas é forçada a ter seus limites abertos e fechados ao mesmo tempo (Martinazzo e Cherobini, 2014).

A fim de exemplificar tal conceito em um serviço como o CRO, toma-se como exemplo uma atividade de grupo com o tema preconceito. Esse tema abrange questões que estão além do conteúdo específico das disciplinas do serviço, referentes à experimentação de violência, sofrimento, enfrentamento, entre outras, e, apesar da dificuldade em abordá-lo, não deve ser desconsiderado.

A melhor maneira para levar essas questões ao grupo é por meio do diálogo. Ele, enquanto um veículo de transformação, impõe que o profissional não estaria em uma relação verticalizada com o usuário, e sim em uma relação horizontal, em que cada parte contribui com o seu próprio saber, sua própria experiência. Dessa forma, diferentemente das relações disciplinares anteriores, o sujeito não estaria circulando entre as disciplinas e nem em uma intercessão; o sujeito está desmanchado em um contexto formado pelas relações disciplinares do serviço, assim como questões que lhe são próprias e lhe instrumentalizam para o enfrentamento do problema e entendimento de que é parte de um todo.

Essas três formas de relações disciplinares não estão hierarquizadas dentro do serviço, elas apenas possuem momentos mais ou menos adequados e de difícil delimitação. Em nossa experiência, as atividades em grupos são uma excelente oportunidade para o desenvolvimento da transdisciplinaridade. Cabe ressaltar ainda que tais formas de relações estão sujeitas à abertura que o profissional cede em sua disciplina e ao diálogo entre profissionais e profissionais-usuários.

O diálogo é uma importante ferramenta para o profissional e a base para a relação profissional/usuário, estabelecendo um bom acolhimento e vínculo. Além disso, pode-se colocar o diálogo como a coluna estruturante e método do trabalho com grupos que objetive uma autonomia.

Conceituar autonomia não é uma tarefa fácil. Toma-se de empréstimo os pressupostos de Paulo Freire que traz a autonomia como um processo histórico de decisão e de humanização construído a partir das experiências e decisões tomadas. Autonomia é a experiência da liberdade (Machado, 2015). Tal definição pode ser reforçada ainda como capacidade do sujeito de governar a si mesmo escolhendo as leis que guiam suas condutas (De Castro Pitano e Ghiggi, 2010).

Observa-se, na prática do CRO, uma relação entre a autonomia e obesidade, de tal modo que se pode dizer que ambas estão intimamente associadas. Isso acontece não só pela perda de autonomia física, mas, sobretudo, pelas limitações sociais explicitamente impostas mediante um processo de estigmatização e culpabilização.

Aproximando o conceito de autonomia às vivências com as práticas em grupos em saúde, ressalta-se a importância do facilitador no grupo, enquanto sujeito que exerce a função de possibilitar o compartilhamento de experiências de cooperação e solidariedade entre os membros. Esses momentos fazem com que o grupo seja reconhecido como um espaço privilegiado para a reflexão e ampliação das situações que reflitam a autonomia do sujeito. Esse espaço deve oportunizar a troca de saberes e reflexões que superem o intelectualismo alienante, o autoritarismo e a verticalidade da relação profissional e paciente (Freire, 2014). Se, como dito anteriormente, a autonomia é a experiência da liberdade, então o espaço do grupo deve buscar a ampliação da liberdade dos sujeitos, na medida em que fortalece suas vozes, possibilitando ressignificar conceitos e situações cotidianas.

Essas reflexões não cabem somente ao comportamento e atitudes do profissional para o usuário. Elas afetam diretamente a prática do grupo, a exemplo das escolhas dos temas propostos a serem trabalhados. Majoritariamente, as primeiras atividades a serem idealizadas para pessoas que buscam perder peso são as atividades sobre alimentação saudável e práticas de atividade físicas. Porém, se a proposta é a ampliação da liberdade para maior autonomia, por que não tratar de temas que afetam em enorme proporção a liberdade desses sujeitos? Temas como preconceito, imagem corporal, sexo, família podem e devem estar presentes nesses espaços. Observa-se, enquanto promotores do cuidado, que esses temas são uma importante maneira de instrumentalizar o sujeito para o enfrentamento de situações de estigmatização e culpabilização, sobretudo quando

a prática transformadora e promotora de autonomia está norteada por um processo de reflexão permanente por meio do diálogo.

Tais características transdisciplinares correspondem a um território favorável à ampliação do diálogo entre profissional e usuário e entre eles mesmos. Criam-se espaços onde os participantes podem se sentir mais à vontade para compartilhar suas questões e se identificar com as questões dos outros. Essa ampliação do diálogo e o reconhecimento com o outro é importante para o vínculo, que, vale ressaltar, não é apenas com o profissional, mas também com outros indivíduos que compartilham suas vivências. A mediação desse diálogo tem como objetivo potencializar o saber dos usuários em instrumentos de enfrentamento e, na medida do possível, o mediador contribuir com o conteúdo de sua disciplina e de suas vivências.

Tomar, enquanto pressupostos éticos, o desenvolvimento da liberdade e da autonomia implica já ter de antemão certo entendimento do que é um grupo. Aqui, entende-se que ele ultrapassa o simples somatório de pessoas reunidas em um determinado espaço com um objetivo específico. Esse seria um agrupamento. Para o surgimento e consolidação de um grupo, é necessário o reconhecimento e respeito às individualidades dos sujeitos e, simultaneamente, o do conjunto de pessoas como uma nova entidade com leis, regras e mecanismos próprios que nasçam a partir de então.

Tal conjunto de pessoas, ainda com suas particularidades e objetivos individuais, devem galgar por um objetivo que contemple todo o conjunto. Para isso, realizam o cumprimento de tarefas e atividades específicas a fim de construir novas formas de enfrentamento de determinado sofrimento.

Na literatura, é possível observar diferentes tipos de grupos em relação às suas características; por exemplo, grupos de suporte, socialização, realização de tarefas e autocuidado. Em comum, esses formatos de grupos buscam, independentemente de suas metodologias, a construção coletiva. Assim, Ferreira Neto e Kind (2009) reforçam a noção de grupos dispositivos, tendo como finalidade a

decomposição de conceitos hegemônicos vigentes, a fim de funcionar novos modos de expressão da subjetividade privilegiando uma dimensão coletiva.

Logo, o modelo metodológico proposto pelo coordenador das atividades é apenas mais um elemento (entre tantos) e nem sempre o mais decisivo. Entre os elementos locais, culturais, particulares e toda singularidade que cabe ao conjunto de pessoas, compete ao coordenador oportunizar um espaço de solidariedade, cooperação, respeito e reflexão para a concretude de um grupo.

Para rechear: textos de apoio para novas reflexões

Como foi visto até o momento, a problemática "obesidade" tem ganhado espaço nas discussões nos últimos tempos devido à magnitude do seu crescimento. Sendo um quadro de longo seguimento associado também a outras comorbidades, são demandadas diversas ações para tratamento e, consequentemente, altos custos. É nessa direção que o Ministério da Saúde vem realizando diversos esforços com o objetivo de interferir e melhorar os resultados de suas ações no quadro das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a obesidade. Sendo assim, também aumentou o número de documentos e subsídios para a abordagem dos profissionais de saúde com ações no campo da promoção da saúde, alimentação saudável e a prática de atividades físicas. No entanto, o desafio está em como implementar de forma eficiente as estratégias voltadas para esse público.

Nota-se que, apesar de a obesidade ser considerada pela Organização Mundial da saúde (Who, 2004) como uma doença, parece haver um "estatuto moral" acerca do corpo que implica um cuidado de si e constante vigilância para o controle da aparência (Rodriguez, 2016). Isso se dá, principalmente, pois a obesidade acaba por refletir "qualidades morais do indivíduo. [...] Nota-se aqui que o raciocínio vai de uma característica física ao julgamento moral" (Poulain, 2013, p. 117). A ideia que subjaz essa questão é

a de que ela seria resultado de falta de vontade, falta de controle, falta de confiança, e essas representações também se reproduzem nos profissionais de saúde que deveriam estar abertos a acolher o sofrimento seja ele qual fosse.

É importante estar atento ao fato de que a lista de dificuldades e limitações são extensas, e, ao contrário do que muitos julgam, não é confortável estar nessa condição. É necessário uma hipervigilância sobre como vão se deslocar, onde podem sentar sem quebrar uma cadeira, que transportes vão ter acesso, como lidarão com os olhares das pessoas sobre seu corpo e, em muitos casos, com quem contarão para auxiliá-los no autocuidado. É bastante comum que se recolham nos espaços privados na tentativa de diminuir sua visibilidade e o sentimento de "vergonha" proveniente dessa condição, fazendo restar apenas o círculo vicioso do prazer proveniente da comida que retroalimenta essa condição de obesidade.

São várias as formas de pedido de socorro. Porém, é necessário que os profissionais de saúde estejam sensíveis a essas questões e possam ouvi-las, acolhê-las com menos julgamento. É um trabalho difícil, de mudanças lentas e que despertam em alguns profissionais certo sentimento de impotência. Este, por sua vez, incorre em desinvestimento e desistência no atendimento desse perfil de usuário. Mas, aqui, insiste-se que estas não devem ocupar esse espaço. O respiro aparece quando se entende que o usuário é o protagonista do seu tratamento e que ele próprio tem suas escolhas. Toda e qualquer mudança precisa fazer sentido para o sujeito e isso ultrapassa a ideia de prescrição, que implica uma verticalidade de relação e de saberes

Nessa direção, a educação permanente no serviço é fundamental. A condução dos diferentes casos envolve definições políticas, práticas institucionais, a própria formação do profissional, sua capacidade de desenvolver empatia, as ferramentas de manejo que dispõem. Por isso, a aprendizagem "no" e "para o" trabalho é importante. Questionar a própria prática para conseguir alcan-

çar a integralidade, corresponsabilidade e resolutividade, levando em conta os processos de adoecimento e de construção de saúde daquelas pessoas e comunidade. É no sentido de trazer elementos que conduzam a reflexão e aprofundamento de temáticas abordadas nesse material que apresentamos, neste capítulo, algumas leituras na torcida para que impactem a prática no dia a dia do trabalho.

Contextualizando a obesidade enquanto política pública

A condição "obesidade" tem se apresentado como um crescente nos últimos anos, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apontado as proporções epidêmicas que tem alcançado em vários países do mundo (Who, 2004). Seu crescimento acentuado já na primeira metade do século XX levou a discussões, que passaram a ser sistematizadas a partir da década de 1960 (World Obesity Federation, s. d.) por meio de comitês, organizações de simpósios, congressos. A década de 1970 foi marcada pelo aumento do número de pesquisas sobre a obesidade na Europa, e levantou-se a necessidade de se articular uma série continuada de congressos internacionais sobre o assunto. Na década seguinte, construíram-se e consolidaram-se organismos voltados para essa problemática, sendo criada, em 1985, a *International Association for the Study of Obesity* (IASO). A década de 1990 foi um período de amadurecimento dos estudos nesse campo. A IASO propiciou a criação de duas novas associações regionais: a *Latin American Federation of Societies of Obesity* – Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO) – em 1990, no Chile, e, em 1999, a *Asia-Oceania Association for the Study of Obesity* – Associação Ásia-Oceania para o Estudo da Obesidade (AOASO).

Nesse sentido, a chamada epidemia de obesidade (Brasil, 2006; 2014) tem preocupado, já há algum tempo, autoridades mundiais, que requisitaram aos membros da Assembleia Mundial de Saúde (AMS) de 2002, por meio da OMS, a formulação de um

documento orientador de ações de prevenção e controle do excesso de peso das populações em diferentes países. Nessa direção, a OMS lançou, na Assembleia Mundial da Saúde de 2004, a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*).

Todo esse movimento foi fundamental para pôr em pauta de discussão, no final da década de 1990, os estudos epidemiológicos em populações latino-americanas que revelaram que, após grandes investimentos para se diminuir à miséria das camadas mais pobres e combater a desnutrição, a condição de obesidade despontou de forma alarmante, tornando-se um problema mais grave que a própria desnutrição (Coutinho, 1999). Esse fenômeno da transição nutricional[1] mobilizou sistemas de saúde de vários países e contribuiu para a elaboração do Consenso Latino Americano de Obesidade. O referido documento se propõe a ser um ponto de referência, um guia científico e prático a todos os profissionais atentos à questão da obesidade, visto que faz recomendações ampliadas para o combate da obesidade, incluindo métodos diagnósticos e terapêuticos, medidas preventivas de saúde pública e estratégias de vigilância ética na abordagem desse sujeito obeso.

As diretrizes definidas nesse Consenso contaram com apoio oficial da FLASO, da Associação Brasileira de Estudo da Obesidade (ABESO), IASO, *International Obesity Task Force* (IOTF) e, principalmente, no caso brasileiro, com o Ministério da Saúde.

No campo das políticas públicas brasileiras, as primeiras ações e práticas relacionadas à alimentação e nutrição no Brasil datam do fim da década de 1930, no período Vargas (Pinto e Bosi, 2010), porém, nenhuma relacionada à problemática obesidade. Foi apenas em 1989 que os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), com outras publicações do período, começaram

---

[1] O processo de transição nutricional se configura por mudanças nos padrões alimentares e nutricionais da população, sendo caracterizado pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento do excesso de peso.

a alertar a expressiva redução da prevalência da desnutrição, ao mesmo tempo em que se elevava a incidência da obesidade.

A própria Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apontou, apenas em 1999, preocupações com as questões referentes ao sobrepeso e obesidade na população brasileira adulta. Desde então, esforços vêm sendo feitos no campo da saúde pública para instituir diretrizes que definam fluxos assistenciais para a atenção à saúde, prevenção e tratamento ao sujeito obeso no Brasil (Brasil, 2007a, 2007b).

Trata-se de um grande desafio, uma disputa envolta de vários embates, mas defender a construção e consolidação de uma linha de cuidado (Merhy et al., 2003; Franco e Magalhães Jr., 2004) implica reforçar a importância quanto aos fluxos assistenciais e a continuidade do tratamento destinado aos sujeitos que sofrem dessa condição e suas comorbidades, o que está bem distante de ser tarefa fácil.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estrutura assistencial da Atenção Primária à Saúde, assumindo o papel de porta de entrada preferencial e responsável pelo ordenamento do sistema de saúde. É imprescindível que ela conte com "fluxos de referência e contrareferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar" (Brasil, 2007b, p. 19), que, no caso do Rio de Janeiro, para os sujeitos com obesidade grave, são os CROs no campo ambulatorial.

Cuidado e Promoção da Saúde

O espaço destinado a exercer o cuidado em saúde envolve um misto entre o saber técnico, respaldado na ciência, e um saber prático. Essa sabedoria prática não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos, tampouco objetos. Sua essência está na relação que se constrói, nos espaços de diálogo que se abrem e permitem escolhas (Ayres, 2004).

O cuidado sob essa perspectiva possibilita que ocorram negociações e inclusão de saberes não médicos capazes de trazer impactos significativos na vida do outro. Essa noção apresentada se aproxima do que se deseja para as práticas cotidianas enquanto profissionais do SUS, indo ao encontro de um cuidado integral e humanizado.

Nesse campo das práticas, a promoção da saúde entra como parte da integralidade do cuidado sendo uma importante abordagem quando respeitadas as especificidades de vida, autonomia e singularidade de cada sujeito. Por meio da escuta qualificada, pode-se deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de histórias e condições de vida daqueles que chegam com alguma demanda (Brasil, 2015).

No que se refere à obesidade, esses e outros aspectos são de grande relevância uma vez que esses usuários não possuem as mesmas queixas, demandas e projetos de vida quando o assunto é excesso de peso. Uma vez que não sejam consideradas tais diferenças, o cuidado em saúde poderá acarretar efeitos indesejáveis e promotores de sofrimento.

Utilizando a definição de promoção da saúde prevista na política de 2006:

> [...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (Brasil, 2006).

Nesse trecho, reforça-se a importância de romper com barreiras que levem a acreditar que as informações em saúde devam ser fornecidas de maneira vertical e que o usuário esteja representado por uma caixinha vazia que deve ser preenchida. Da mesma forma, acredita-se que não será com o uso de discursos moralizantes e repressivos que buscam o medo como forma de estímulo a mudan-

ças de comportamento que se alcançará um cuidado promotor de saúde. Assim, destaca-se a importância da intrassetorialidade e intersetorialidade, tal como a participação e controle social que ainda representam um grande desafio na promoção da saúde, principalmente no que concerne à questão da obesidade.

Práticas que se afastem desse modo de agir e pensar podem estar produzindo (des)encontro entre profissionais de saúde e usuários, uma vez que se pauta em uma relação de desiguais. Nessa condição de pleno poder exercido pelo que detém o conhecimento, muitas vezes são produzidos silenciamentos, e o usuário pode vir a renunciar sua própria autonomia e capacidade para a tomada de decisão, produzindo-se um mal-estar.

Por outro lado, ao se aproximar da realidade e vivência do outro, compreendendo o que desejam naquele encontro e explorando o que já sabem, consegue-se transformar a relação entre usuário e profissionais de saúde (Segre e Ferraz, 1997). O que se almeja com esse tipo de abordagem é tornar o sujeito ativo, participativo e construtor do seu próprio cuidado ao passo que aqueles que exerçam o cuidado se aproximam dos projetos de felicidade do outro, respeitando as diversidades e sendo solidários.

Dessa maneira, realizar ações voltadas para promoção da saúde envolve atenção às crenças, pensamentos e atitudes, a fim de apreender o modo como os sujeitos com excesso de peso se organizam, como se percebem em relação ao sobrepeso ou à obesidade e como interagem com o meio ambiente em que vivem.

Por fim, deseja-se escapar da promoção da saúde posta de forma individualista e sob uma ótica moralizante dotada de um discurso que sinaliza a necessidade da busca por causas evidentes com a finalidade única de regular conduta e gerar constrangimentos. Isso significa dizer que é importante desenvolver estratégias de empoderamento, de forma que as pessoas possam se comprometer e atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

Trabalhando com grupos

O trabalho no campo da saúde envolve, mesmo na prática dos atendimentos individuais, direta ou indiretamente, grupos humanos. Isso porque o ser humano é um ser social e se constitui na relação com outro. A produção de saúde e de doença se dá na sua relação com o mundo: sua família, amigos, pares, comunidade, trabalho etc. Por isso, é importante sempre estar com a escuta atenta ao conjunto de variáveis que favorecem ou desfavorecem tomadas de decisão que afetem a saúde dos sujeitos. Partindo-se desse entendimento inicial, faz sentido pensar que atividades coletivas nas unidades de saúde (ou não) tem um potencial interessante de intervenção nos seus usuários. Mas, para isso, é importante conhecer minimamente alguns conceitos importantes sobre o estudo sobre grupos.

Sabe-se que o estudo sobre grupos remonta ao século XIX com Le Bon (1895), com a finalidade de entender os fenômenos coletivos, que possibilitavam agrupamentos agirem com tamanha coesão. O autor aponta em seu livro *Psicologia das massas* como se constrói, em alguns casos, uma nova unidade provida de características psicológicas próprias. Ali, haveria a perda de algumas características individuais, passando a agir a partir de um "psiquismo coletivo", muitas vezes, apresentando comportamentos que, fora da multidão, o sujeito seria incapaz de fazê-lo. É daqui que sai a definição de que há a formação de um "todo", que está bem distante de ser a soma das partes que o compõem.

Diversos outros autores se debruçaram sobre o estudo dos grupos, apresentando aproximações e divergências sobre essas primeiras indicações feitas por Le Bon. Kurt Lewin (1978), que é reconhecido no campo da psicologia como o fundador da teoria dos pequenos grupos e da pesquisa-ação em psicologia social, foi um pesquisador que se interessava pelos aspectos psicológicos envolvidos na mudança social, as forças que impulsionam ou que

resistem à mudança nos pequenos grupos. Ele se preocupava com o contexto e com a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. Ele concorda com Le bon, no sentido de que o grupo não é o resultado da soma dos indivíduos. Ele representa um conjunto de relações que está em constante movimento. Ele destaca que há uma estrutura e uma dinâmica. A primeira corresponde à organização, que se dá a partir do processo de identificação dos seus membros, enquanto a segunda corresponde às forças de coesão e dispersão do grupo. Nessa dinâmica, há a formação de normas, formas de comunicação, cooperação, divisão de tarefas, liderança.

Freud (1921) também desenvolveu a questão dos grupos, a partir das ideias de Le Bon, em *A psicologia das massas e a análise do eu*. Para o autor, haveria as multidões efêmeras e as mais duradouras; as homogêneas, formadas por indivíduos semelhantes, e as não homogêneas; as primitivas e aquelas que possuem um alto grau de organização, que ele chama "massas artificiais". Diferentemente de Le Bon, Freud não acredita que haveria uma mente grupal ou um "psiquismo coletivo". Para ele, os comportamentos individuais dentro de uma multidão poderiam ser compreendidos a partir do psiquismo dos indivíduos. Ele considera que os processos mentais se articulam desde cedo com a dimensão social da existência. Atribui o desenvolvimento de um sentimento de grupo, portanto, às primeiras experiências em família, que sustentariam dois mecanismos básicos à união de um grupo: a identificação e a sublimação. Ele aponta que as vinculações se dariam em dois eixos: um, vertical, no qual os indivíduos se ligariam a líderes, e um eixo horizontal, em que haveria uma ligação dos membros uns com os outros, de forma que se sentiriam mais desenvoltos para assumir riscos.

Bion (1975), apoiado nas ideias de Freud, parte da ideia de que o homem é um sujeito social e que, portanto, a relação com outro está sempre presente, ainda que de forma imaginária ou simbólica. Há uma unidade mesmo que seus membros não tenham consciência disso. Para o autor, os grupos funcionam em dois níveis. O

primeiro seria o da tarefa, que se refere aos objetivos e às regras. O segundo seria o da valência, que corresponderia ao funcionamento adotado pelo grupo para se proteger da sua angústia e se preservar. De forma geral, a esfera afetiva pode tanto bloquear quanto favorecer a realização da tarefa. Na medida em que é possível elaborar as angústias, o grupo pode caminhar na realização de seus objetivos e na compreensão que tem de si e de suas relações.

Longe de ter a pretensão de apresentar na totalidade e, muito menos, em profundidade todos os autores que se debruçaram ao estudo dos grupos. Acredita-se ser fundamental compreender algumas bases e destacar, então, algumas influências teóricas que deram subsídios aos tipos de atividades em grupo desenvolvidos nos CROs, e um conceito fundamental foi o de “vínculo”. Esse é o ponto chave apontado pelo psiquiatra suíço-argentino Pichon-Rivière (1998). Em sua abordagem de grupos, intitulados grupos operativos, ele atesta que não basta haver um objetivo comum ou que o grupo tenha como finalidade uma tarefa. É fundamental que as pessoas produzam essa estrutura dinâmica chamada vínculo. Ele seria “[...] a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento” (Pichón-Rivière, 1998, p. 03). Muito próximo de Bion, ele atesta que o grupo se une por uma tarefa, mas também pela dimensão do afeto. O grupo deve propiciar uma dinâmica permitindo fluir a interação, a comunicação, a criatividade, mas também deve ser reflexivo, principalmente quanto aos fatores que obstruem as tarefas e também democrático quanto à tarefa proposta, vislumbrando um quadro de autonomia. Ele também considera todas as resistências que se produzem nesse processo.

Muito longe de ser uma construção linear, ou mesmo ascendente, a configuração de um grupo é dinâmico e complexo. Todo grupo apresenta ambivalências, demandando que, para que se sustente seu próprio processo, é importante refletir sobre ele, sempre se reorganizando e se recriando. Nesse contexto, a aprendizagem

não corresponde à mera incorporação de informações e se aproxima muito mais na ampliação da capacidade de criar alternativas, reflexo da plasticidade grupal.

Nesse ponto, o da aprendizagem, esbarra-se em uma outra forte influência, a do educador Paulo Freire e os círculos de cultura. Ele traz a concepção de que a aprendizagem é dinâmica e que a motivação do educando e a relação da aprendizagem com a sua vida são fundamentais. Isso só é possível a partir da compreensão de que o sujeito é social. Em suas palavras: "ninguém educa ninguém, as pessoas se educam umas às outras, mediatizadas pelo mundo" (Freire, 1981, p. 79). Sendo assim, mais do que reproduzir o aspecto formal e burocrático da aprendizagem, ele traz uma perspectiva ampliada. Propõe um método dialógico, baseado na linguagem e na cultura dos sujeitos com quem trabalhava, entendendo que eles desde sempre foram possuidores de um determinado saber. Para o autor, o saber não é algo que se possa dar a alguém, mas que se produz pela interação num dado contexto.

Está em jogo, portanto, um enfoque dialógico e reflexivo sobre as próprias condições de existência. Os "círculos de cultura" propostos pelo autor se baseiam em alguns princípios fundamentais: diálogo, participação, trabalho em grupo e respeito mútuo. Para Freire, "cultura" abarca as ações do cotidiano, a forma de alimentação, a saúde local, os meios de transporte, a música, a dança, a pintura. Espaços que promovam esses princípios carregam uma potência para práticas revolucionárias, no sentido de uma valorização da horizontalidade, em que todos têm o direito de se expressar, aprender e participar de forma coletiva e livre. Se a arte de associar ideias era importante, a de dissociar também. Repensar a si e repensar as práticas são fundamentais para engrenar mudanças.

Nota-se que, entre o grupo operativo de Pichón-Rivière e o círculo de cultura de Paulo Freire, são apresentadas afinidades ligadas especialmente a uma compreensão da aprendizagem como um processo dialógico, em que entram em análise os processos de

comunicação e seus entraves. No caso de Freire, essa análise coloca também em jogo concepções ideológicas que reproduzem o assujeitamento do educando. Para Pichón-Rivière, a análise envolve elementos conscientes e inconscientes que bloqueiam a realização da tarefa. Em todo caso, para ambos, o coordenador não deve se colocar como detentor do saber e da verdade, inclusive pelo simples fato de que "o saber" e "a verdade" não existem. Eles são produzidos.

Apesar da clareza que as equipes dos CROs têm em relação aos aspectos supracitados, não se negam as dificuldades envoltas nesse processo. A própria formação dos profissionais de saúde, por vezes, reproduz visões mais normatizadoras e biologicistas do processo saúde-doença. Produzem ou reproduzem nas atividades em grupos de educação em saúde condutas autoritárias, expositivas e culpabilizadoras, baseadas no pressuposto de que mudanças de atitude e comportamentos individuais, associadas a alguns suportes biomédicos, resolveriam os problemas de saúde. Esse rompimento é imprescindível se a aposta está em construir junto aos usuários processos libertadores, e, nisso, a Educação Popular tem um universo a oferecer.

Atividades Físicas e Práticas Corporais

Em 2006, foi apresentado o documento "Política Nacional de Promoção da Saúde", com o objetivo de promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Para isso, o documento apresenta sete ações prioritárias, entre elas, a promoção de práticas corporais/atividade física. Assim, para esse objetivo, a política sugere ações, na rede básica de saúde e na comunidade, ações de aconselhamento/divulgação, ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros (Brasil, 2006). Em 2014, foi publicada a revisão dessa política, abrangendo novas formas de vivenciar a prática corporal a partir de brincadeiras, jogos e danças (Brasil, 2014d).

Tais políticas formalizam, nos serviços de atenção básica, a atuação do profissional de Educação Física sobre o desenvolvimento das práticas corporais/atividade física. Porém, alguns desafios ainda precisam ser superados, tais como planejamento urbano adequado, maior controle social das práticas a serem implementadas nas unidades, maior avanço intersetorial no que diz respeito ao ambiente de trabalho e que as práticas corporais estejam mais integradas às diretrizes da Atenção Básica, sobretudo no que se refere à coordenação do cuidado (Malta et al., 2014).

É importante ressaltar a diferença entre práticas corporais e atividade física. Embora ambos os conceitos estejam apresentados de forma única nos documentos citados, sua diferenciação escapa do campo teórico gerando tensionamentos políticos e práticos na atuação profissional.

A atividade física pode ser entendida como qualquer atividade corporal que gere um gasto calórico, esteja vinculada à obtenção de benefícios orgânicos sobre a aptidão física, tenha um caráter funcional e se coloque como uma oposição ao sedentarismo. Sua aplicação seria o caminho para a proteção ou recuperação da saúde (Gonçalves e Basso, 2014). Nesse sentido, a atividade física surge como um remédio para o sedentarismo, o que pode acarretar em um processo de estigmatização e culpabilização dos sujeitos que não a praticam, pois desconsidera os processos sociais, colocando a responsabilidade das decisões somente sobre os sujeitos.

As práticas corporais surgem como um contraponto ao modelo centrado no biologicismo histórico da atividade física. Elas podem ser compreendidas como manifestações culturais que enfocam a dimensão corporal. Por isso, tais práticas devem estar imbuídas de significados por parte dos praticantes. Sendo assim, apresentam características próprias que a diferem da atividade física. A prática corporal é histórica, dialoga com a subjetividade do local e dos sujeitos, possui um significado coletivo, é lúdica, emana do corpo e do movimento corporal (Silva et al., 2014). Por sua vez, os objetivos também a dife-

rem da atividade física. As práticas corporais têm como objetivo uma prática cuidadora e de defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal (Ceccim e Bilibio, 2007).

A diferenciação entre a atividade física e práticas corporais pode ainda ser analisada a partir da disputa de forças constituintes do processo de trabalho do profissional de educação física, sendo uma primeira força a Medicina Tecnológica, que está impregnada pelo vínculo aos procedimentos, forte saber biomédico, pouca escuta e criação, submersa pelas tecnologias duras e leve duras. Outro ponto desse tensionamento é o trabalho multiprofissional, caracterizado por uma prática cuidadora relacional e educativa, interprofissional, composta por tecnologias leves, cujo objeto deixa de ser o gasto energético e passa a ser a autonomia do sujeito.

O profissional de educação física encontra nas práticas de grupo um espaço adequado para a realização das práticas corporais, pois tal espaço, como caracterizado anteriormente neste material, possibilita maior uso das tecnologias leves, maior capacidade relacional, maior escuta e, sobretudo, participação dos sujeitos.

É necessário que o profissional compreenda o contexto de vida dos sujeitos e o local onde as práticas serão realizadas, dando sentidos e significados a estas. Dar sentido a uma prática não é o mesmo que o profissional explicar o porquê de os usuários realizarem determinado movimento ou o motivo pelo qual caminham determinado tempo por sessão. O sentido está no reconhecimento da prática com a singularidade de cada sujeito e também com a cultura local.

No que se refere à obesidade, diferentes temas podem ser desenvolvidos a partir do corpo, como imagem corporal, estigma, violência, preconceitos, observando, claro, que os sujeitos não deixam de ser afetados por outras questões além da obesidade. Ao optar por esses temas transversais e não se fechar no biologicismo que tem uma hegemonia histórica na profissão, o profissional de educação física pode ofertar uma prática corporal cuidadora verdadeiramente.

Apreciando o nosso cardápio: oficinas, dinâmicas e outras possibilidades

Como visto até o momento, todas as propostas de atividades foram desenvolvidas a partir da escuta atenta aos sujeitos atendidos no serviço. Foram consideradas as dificuldades, as vivências sofridas, os constrangimentos, as preocupações que rodeavam o dia a dia desses usuários. Além disso, a maior parte das atividades em grupo desenvolvidas nesses espaços foram construídas e conduzidas em uma perspectiva interdisciplinar, contando com os diferentes profissionais da equipe, não se restringindo às categorias profissionais. Destaca-se, dessa forma, que as propostas de atividade abaixo sugeridas podem ser utilizadas e adaptadas por quaisquer profissionais da rede de atenção à saúde.

1. O Jogo da Memória

Tema: Obesidade e saúde.

Objetivo: identificar o conhecimento prévio dos usuários em relação ao conceito de obesidade e de saúde

Material: folhas de papel e canetinhas.

Passo a passo: antes de iniciar, o moderador elabora um jogo da memória com as palavras desejadas para disparar o tema, como, por exemplo, saúde, comida, gordura, atividade física, família, lazer, cabeça. Cada palavra deve ser escrita em uma folha e, posterior-

mente, dividida em duas partes, formando, assim, os respectivos pares. Após, com o grupo disposto em círculo, distribuem-se os papéis no centro com a parte escrita virada para baixo. Assim como no jogo da memória, uma pessoa por vez deverá tentar formar os pares. Toda vez que uma palavra for elaborada, os indivíduos devem falar sobre o significado e o sentido que a palavra remete a eles, a começar pelo sujeito que formou a palavra completa. Quando as palavras se esgotarem, o moderador deve solicitar ao grupo que organize as palavras em uma ordem de maior significação, permitindo aos participantes debaterem, por exemplo, a relação entre saúde e obesidade. Em seguida, o moderador sugere que o grupo construa uma frase que os motive, utilizando as palavras-chaves que foram selecionadas para a dinâmica. Ao longo da atividade, o moderador deve observar os conceitos preestabelecidos do grupo em relação a cada palavra-chave. Isso pode trazer maior compreensão em relação ao que o grupo entende do tratamento, da obesidade e da saúde em geral, podendo cada item ser tema para uma próxima atividade.

Dicas e variações: esta atividade ainda pode ser utilizada para trabalhar diversos temas, mudando apenas as palavras preestabelecidas. Caso haja participantes não alfabetizados, pode-se colorir as palavras para facilitar a memorização ou usar imagens.

Aconteceu no grupo:

1 – Por falta de uma mesa grande, as "cartas" tiveram de ser distribuídas no chão. Assim, os participantes precisavam agachar para virá-las e muitos tiveram dificuldades de realizar esse movimento pelas condições físicas e dores. A forma encontrada pelo grupo para resolver esse problema foi solicitando que o filho de uma das usuárias virasse as cartas à medida que eram selecionadas.

2 – Foi solicitado que os participantes organizassem as palavras em ordem de maior significação e todos foram unânimes em escolher a palavra "família" como maior motivador para continuidade no tratamento.

Falas dos participantes:

> "Meus filhos são a maior motivação pra eu continuar aqui me tratando com vocês. Já não consigo brincar com eles porque me canso e sinto muitas dores".

2. Capa de Revista

Tema: Padrão de saúde e beleza impostos.

Objetivo: propor um debate sobre o padrão de saúde e beleza.

Material: revistas sobre saúde, boa forma – entre outras do gênero –, canetinhas, giz, tesoura, papel A4, cola.

Passo a passo: o moderador deve selecionar previamente capas de revistas sobre boa forma, saúde e emagrecimento. As capas de revistas podem ser originais ou reimpressas da internet para facilitar a diversidade dos temas das capas. O grupo será dividido em duplas ou trios, e cada subgrupo formado deverá reconstruir a capa das revistas de acordo com a realidade vivida por cada um. Por exemplo, confrontando os corpos apresentados nas revistas com os corpos observados no cotidiano, reformular a escrita das revistas sobre as dietas da moda, entre outras imposições que podem ser observadas nessas publicações. Essas capas serão refeitas, utilizando-se de canetinhas, giz, corte e colagem. Ao finalizar a reconstrução das capas, o moderador propõe que os indivíduos apresentem o antes e o depois de suas capas de revista, apontando o que observaram e o que mais chamou a atenção na capa original e na reproduzida. Após a apresentação de todas as capas, o grupo é finalizado com os comentários gerais, podendo o moderador propor alguns questionamentos, como,

por exemplo, o limite do padrão de beleza, o impacto das dietas da moda sobre o corpo e a saúde.

Dicas e variações: é importante ressaltar que o profissional deve ter cuidado ao oferecer material para o corte e cola, pois, frequentemente, os indivíduos apresentam dificuldades em se identificar com o padrão estabelecido pelo meio publicitário. Assim, o profissional deve incentivar o uso dos outros materiais.

Aconteceu no grupo: os usuários relataram que, muitas vezes, já seguiram dietas apresentadas pelas revistas, pois acreditavam que, por estar em uma revista, era algo considerado seguro e saudável a ser seguido.

Falas dos participantes:

“Isso aí nas capa é tudo photoshop”.

“É tudo magrinha e branca”.

“Duvido que elas fazem tudo isso que falam pra revista. Mas também com dinheiro é fácil”.

Figura 3 – Capa de revista

Figura 4 – Capa de revista

3. Júri Simulado

Tema: A obesidade é uma doença?

Objetivo: problematizar e conhecer os conceitos de obesidade e doença dos usuários.

Passo a passo: o moderador solicita para que o grupo se divida da seguinte forma: um juiz, quantidade ímpar de júri, dois advogados, dois promotores, um ou mais acusados. Em seguida,

o moderador conta uma história na qual os sujeitos estão sendo acusados de fugirem da dieta durante um evento social qualquer. Apresentada a história, o moderador estabelece um tempo para a acusação e para a defesa, seguida da fala do réu e do júri. O moderador pode estimular o grupo com a apresentação de provas e pistas para a defesa e para a acusação, porém, sem interferir nas opiniões referentes ao caso. Durante esse processo o moderador pode realizar anotações com as principais falas e colocações dos sujeitos sem se preocupar tanto com a ordem jurídica das coisas. Após a colocação de cada parte, o júri deve se reunir e dar em grupo um veredito final sobre o caso. Ao final, dispor o grupo em círculo e propor que cada um relate um pouco da vivência, concordância e discordâncias sobre o veredito.

Dicas e variações: o moderador também pode abordar sobre os julgamentos cotidianamente sofridos na família, círculos de amizade, trabalho etc. e as diferentes formas de confrontar o problema.

Aconteceu no grupo: em determinada atividade, o tema a ser julgado era se a obesidade é ou não uma doença. O grupo entrou em conflito, pois metade considerava doença e outra metade, não. Assim, a conclusão foi que a obesidade era uma doença dependendo do ponto de vista e como afeta cada um.

Falas dos participantes:

"Ser obeso é culpa da família, culpa social".

"Não é doença, é falta de controle".

"Obesidade é um conjunto de fatores do corpo, incontroláveis, é igual um vício".

Figura 5 – Juri simulado

4. Mapa Corporal

Tema: A história do meu corpo.

Objetivo: compreender de que modo a história ao longo da vida pode estar representada no corpo e refletir como isso pode impactar sobre o processo de saúde/doença.

Material: folhas de papel pardo ou cartolina, fita adesiva, caneta *pilot*, revistas, tesoura, cola, canetinhas coloridas, tinta guache, pincel, entre outros materiais para desenho e pintura.

Passo a passo: previamente, o moderador deve unir as cartolinas ou papel pardo para que um participante possa deitar totalmente sobre o papel. Ao início do grupo, o moderador solicita dois voluntários: um deve deitar sobre o papel enquanto o outro traça o contorno do corpo. O traçado do corpo é apresentado ao grupo

como um "novo corpo", o qual deve apresentar as características de todo o grupo, assim como suas marcas, objetos afetivos, cicatrizes, motivações, entre outras representações. Então, o moderador dispõe sobre uma mesa todo o material para confecção desse novo corpo e solicita que o grupo o construa, estimulando a criatividade e sugerindo pontos-chaves, como o que podem representar no coração, olhos, ao redor do corpo, como lemas, amuletos, frases motivacionais. Quando essas possibilidades esgotam, o moderador fixa o corpo suspenso em uma parede ou o coloca no chão, ao centro do grupo, disposto em círculo e solicita que os sujeitos falem um pouco dessa construção, o que tem de coletiva e o que tem de individualidade, além de falarem sobre os pontos que mais lhe chamaram a atenção, selecionando três deles para problematizar. Essa problematização pode ser feita por meio de uma representação informal de esquete, música, poema, entre outras formas de manifestação que problematizem o efeito dessas marcas sobre o corpo e a saúde.

Dicas e variações: observar as vestes do indivíduo que irá deitar sobre o papel, roupas como saias podem atrapalhar o desenho do corpo; o mapa corporal pode ser feito individualmente, porém vai requerer mais tempo e pode ficar mais empobrecido no sentido da criatividade; é importante que o profissional ofereça diferentes opções de material para as representações no corpo e estimule o uso diversificado estimulando, assim, a criatividade.

Aconteceu no grupo: uma usuária desenhou um ônibus ao lado da imagem do corpo. O desenho despertou a curiosidade dos outros participantes que resolveram discutir o porquê do desenho. Então, a usuária relatou um episódio de preconceito que sofreu ao ser expulsa de um ônibus devido à dificuldade em passar na roleta. Após esse dia, a usuária relatou que saía de casa apenas para as consultas médicas, porém estava se sentindo bem em compartilhar com o grupo o ocorrido.

Falas dos participantes:
O grupo escreveu um poema para a usuária.
"Ir e vir, és a questão
O que fazer com tanta discriminação?
Devemos sim ter respeito
Somos todos irmãos
Afinal é nosso direito!"

5. Vamos E.T.

Tema: Sexualidade.
Objetivo: discutir questões relacionadas à prática sexual.
Material: cartolinas e canetinhas.
Passo a passo: inicialmente, o moderador divide o grupo em subgrupos de três a cinco pessoas e distribui uma cartolina com canetinha para cada grupo. A seguir, apresenta uma situação fictícia na qual um alienígena chega à terra e é recepcionado pelos humanos. Esse E.T. gostaria de conhecer os hábitos e práticas sexuais terrestres. Cada subgrupo seleciona um indivíduo para representar esse alienígena, que irá fazer perguntas livres aos outros sujeitos e colocar as respostas na cartolina. O moderador estipula um limite de tempo para as perguntas. Ao final do tempo, o sujeito que representou o extraterrestre troca de grupo e continua com novas perguntas para o outro grupo. Ao término, o grupo de alienígenas apresenta as cartolinas com as perguntas e respostas. Após a apresentação, podem falar das práticas observadas, pontuando questões relacionadas às ditas saudáveis e suas dificuldades ou não no ato sexual.

Aconteceu no grupo: após o final, uma usuária procurou a profissional de enfermagem para solicitar testagem para doenças sexualmente transmissíveis. A usuária relatou que o companheiro não gostava de usar a camisinha e que "pulava a cerca". Não foi diagnosticada nenhuma DST e a usuária foi orientada a utilizar a camisinha feminina.

Falas dos participantes:

"Muita gente fala que namora só de camisinha, mas na segunda vez já quer logo sem".

"A gente faz sexo normal, a gordura atrapalha um pouco mas é normal".

6. Imagem Corporal na Argila

Tema: Como meu corpo me representa no mundo?

Objetivo: expressar a imagem corporal na argila

Material: argila, tinta, pincel, água.

Passo a passo: o moderador solicita que os usuários representem com a argila a própria imagem corporal. Ao final da atividade, cada indivíduo deve expressar sua identificação ou não com a imagem apresentada. O moderador pode problematizar questões referentes à auto-estima, construção histórica social do corpo e o impacto sobre a saúde.

Dicas e variações: por não ter sido possível encontrar a argila, foi utilizada massa de *biscuit* branca para que fosse possível os participantes desenharem expressões faciais e roupas em suas criações. É possível também usar massa de modelar de diversas cores no lugar na argila.

Aconteceu no grupo: a princípio, os participantes se demonstraram tímidos e com uma pequena dificuldade em manipular a massa de *biscuit*. Foi necessário que os moderadores começassem a fazer uma representação própria também, incentivando todos a usarem a criatividade, até que ficassem mais à vontade durante a atividade.

Ao final da atividade, conclui-se que a percepção da própria imagem corporal estava alterada para alguns pacientes. Uma paciente fez a sua representação com um "bonequinho" de *biscuit* muito magro, subestimando sua condição de obesa. Outros exageraram tentando fazer seus "bonequinhos" parecerem exageradamente mais obesos do que a realidade. Foi possível discutir com o grupo a satisfação ou a insatisfação com a imagem corporal e a aceitação dessa imagem.

Falas dos participantes:

"Eu me representei deitada porque é a posição que mais gosto de ficar".

"Eu sempre fui gordinha e me acho linda assim! Quero emagrecer pele saúde e não por causa do espelho".

Figura 6 – Imagem Corporal

Figura 7 – Imagem Corporal

7. Por que você tiraria o chapéu para essa pessoa?

Tema: Autoestima.

Objetivo: trabalhar com o conceito de autoestima, como desenvolvê-la, identificar como a autoestima influencia a vida pessoal e estimular a valorização das qualidades.

Material: chapéus, canetas, folhas A4, espelho, cartolina, fita crepe.

Passo a passo: previamente, o moderador deve colar um espelho pequeno no fundo de cada chapéu e organizá-los em uma mesa virados de forma que não seja possível ver esse fundo. Ao iniciar o grupo, o moderador convida um voluntário e solicita que este escolha um dos chapéus e olhe dentro dele, respondendo à pergunta: "Por que você tiraria o chapéu para essa pessoa? O moderador avisa que não pode ser falado em momento algum o nome de quem está aparecendo no fundo do chapéu e enfatiza que se deve falar apenas as qualidades e os aspectos positivos da imagem da pessoa dentro do chapéu. Em seguida, o moderador deve chamar cada pessoa do grupo para selecionar um chapéu e ir enfatizando as regras da dinâmica à medida que for trocando os participantes. No final, é revelado que havia um espelho dentro do chapéu e que cada um dos participantes está, na verdade, exaltando suas próprias qualidades. Para encerrar, o moderador pode sugerir que os participantes compartilhem experiências e troquem conselhos, expandindo assim suas vivências cotidianas.

Dicas e variações: caso tenha um número menor de chapéus em relação ao número de participantes, pode-se fingir que está trocando a "figura" dentro do chapéu.

Aconteceu no grupo:

1- Muitos pacientes se emocionaram no momento da dinâmica do chapéu por terem que exaltar suas qualidades, pois disseram que estão acostumados a valorizar apenas os aspectos negativos, e todos apontaram a obesidade como sendo o "maior defeito", que acaba deixando os pontos positivos esquecidos.

2- Nesse encontro, uma das participantes insistiu em ficar presa aos aspectos negativos da sua vida, e recebeu a melhor intervenção possível em um grupo: uma outra participante roubou-lhe um sorriso e pôs seu telefone num pedaço de papel, entregou-lhe e disse: "quando você estiver assim me liga. Você gosta de Roberto Carlos?! Você pode me ligar e a gente escuta Roberto Carlos juntas".

Falas dos participantes:

"Eu tiro o chapéu pra essa pessoa, pois ela é uma guerreira. Está há muito tempo lutando contra a gordura, e eu sei que ela vai conseguir a vitória".

"Foi bom poder falar das minhas qualidades, porque cheguei a um ponto de só ver defeito em mim".

Figura 8 – Por que você tiraria o chapéu pra essa pessoa?

Figura 9 – Por que você tiraria o chapéu pra essa pessoa?

8. Chave e fechadura

Tema: Diabetes Mellitus (DM).

Objetivo: discutir sobre DM, verificar o conhecimento dos pacientes sobre essa patologia e retirar eventuais dúvidas que tenham sobre o tema.

Material: cavalete Flipchart, pilot, papéis A4 com as palavras "insulina", "célula" e "açúcar" impressas separadamente e barbante.

Passo a passo: previamente, o moderador deve confeccionar “crachás” com folha de papel A4 e barbante, onde se deve escrever, em sua maioria, a palavra “açúcar” (para representar a glicose). Em dois crachás, deve-se escrever a palavra “célula”, acompanhada do desenho de uma fechadura (que representava o receptor insulínico) e, em apenas um crachá, a palavra “insulina”, acompanhada de um desenho de uma chave. O moderador seleciona dois participantes para receberem os crachás de “célula” e orienta a darem as mãos e formarem uma “toca” com os braços. Ele relata uma situação hipotética em que uma pessoa diabética ingere um alimento com alto teor de açúcar e sugere que todos imaginem que a sala onde estão seja o organismo dessa pessoa. Em seguida, solicita que o participante com o crachá “insulina” tente colocar o máximo de participantes com crachá “açúcar” para dentro da “célula”, ou seja, para dentro da toca formada pelos outros dois pacientes. Ao final, todos verão que a maior parte de açúcar permaneceu fora da “célula”, ou seja, na corrente sanguínea, aumentando os níveis de glicose no sangue. O moderador pode utilizar-se do Flipchart para anotar e retirar as eventuais dúvidas dos participantes quanto ao tema.

Dicas e variações: é possível fazer outras encenações com a personagem insulina – por exemplo, como se ela não encaixasse no receptor (chave com defeito), ou mesmo retirando a “insulina” de cena para exemplificar os diferentes tipos de diabetes mellitus.

Aconteceu no grupo: os participantes geralmente trazem inúmeras dúvidas sobre o tema. Alguns, inclusive diabéticos diag-

nosticados há anos, não tinham ideia do que era diabetes mellitus e do porquê do uso de suas medicações.

Falas dos participantes:

"Agora eu entendi o porquê que o doutor fala pra eu não comer doces".

"Foi muito esclarecedor pra mim... A gente pensa que tá vindo aqui perder tempo, brincar, mas, na verdade, estamos aprendendo muito".

Figura 10 – Chave e fechadura

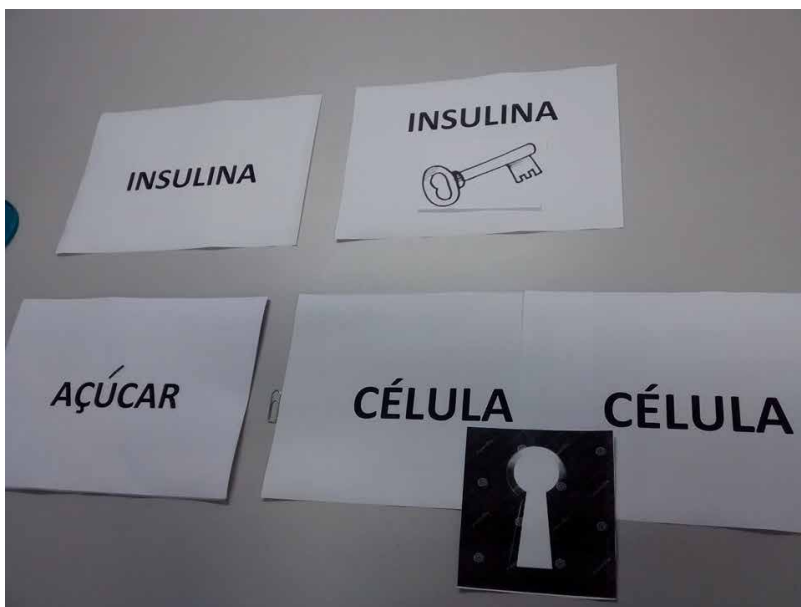



Figura 11 – Chave e fechadura

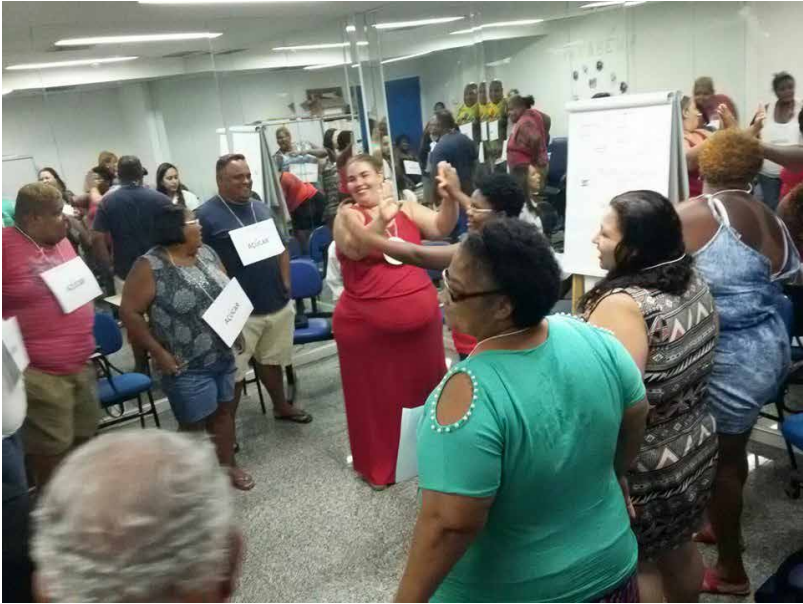



Figura 12 – Chave e fechadura

9. Corpo em movimento

Tema: Prática corporal.

Objetivo: propiciar um local agradável para a prática corporal em grupo, além de estimular a prática dessas atividades em casa.

Material: halteres, caneleiras, faixas elásticas, bola, bola de encher, bolinhas para massagem (bola cravo).

Passo a passo: o moderador (profissional de educação física) inicia o grupo com um alongamento de forma coletiva. Após o alongamento, o moderador realiza em formato de circuito, diversos exercícios para os principais grupamentos musculares, utilizando os materiais citados. Totalizam-se 6 a 7 passagens em diferentes exercícios, podendo repetir algum outro exercício já realizado no dia. Cada passagem deve ter duração de 1 a 2 minutos, dependendo do perfil de condicionamento físico dos usuários que estão realizando a atividade. Durante a troca das passagens do circuito, o moderador deve auxiliar na colocação de caneleiras quando necessário, além de monitorar o intervalo entre as séries, que pode variar de 30 segundos a 2 minutos, dependendo do público. Ao término do circuito, deve-se realizar um relaxamento de forma coletiva. Para finalizar o grupo, o moderador organiza os usuários em fila indiana e distribui "bolas cravo" para que cada um dos participantes possa fazer e receber massagem nas costas ao mesmo tempo, enquanto estimula a falarem como estão se sentindo após a atividade, além de enfatizar a importância de dar continuidade à prática corporal em casa.

Dicas e variações: o alongamento inicial pode ser substituído por atividades lúdicas coletivas ou pequenos jogos com bolas de encher, por exemplo.

O moderador deve motivar os participantes do grupo durante os exercícios, além de fomentar e moderar diálogos descontraídos durante a atividade, de forma a envolver todos os participantes,

deixando o ambiente mais acolhedor e tornando o grupo um espaço de convivência agradável.

Materiais de apoio: podem ser usados materiais confeccionados e trazidos pelos próprios usuários, como cabos de vassoura, garrafas *pet* com areia, câmaras de pneu de bicicleta, colchonetes, entre outros.

Aconteceu no grupo:

1- Com o passar do tempo e com o ganho de intimidade entre os usuários, percebeu-se que ali era um espaço confortável para discutir outros assuntos, como questões referentes à sexualidade, autoestima, preconceito etc.

2- Algumas usuárias relataram que, antes de participarem do grupo, quase não saíam muito de casa, e, hoje, elas já marcam encontro fora do CRO para conversarem e passearem.

Falas dos participantes:

"Gosto de vir aqui, porque aqui a gente pode fazer atividade com gordinhas iguais a nós que não ficam nos olhando estranho".

"Eu não deixo de vir mesmo! Eu venho por causa da farra (risos)".

"A gente tem tanto problema lá fora, mas esqueço de todos eles que quando estou aqui nesse grupo".

Figura 13 – Corpo em movimento

Figura 14 – Corpo em movimento

10. Varal do Preconceito

Tema: Preconceito.

Objetivo: discutir as diferentes formas de preconceito que ocorrem no cotidiano dos usuários do serviço.

Material: quadro branco e canetas coloridas, barbante, fita crepe, duas folhas de papel tamanho A4 para cada participante, prendedores de roupa, canetas comuns.

Passo a passo: previamente, o moderador prende dois varais, feitos com barbante, no espaço onde ocorrerá a atividade. Em seguida, o moderador distribui duas folhas de papel para cada participante e solicita que escrevam na primeira folha quais situações de preconceito que eles já vivenciaram, explicando que, ao término, cada um deve prender sua folha no varal com o prendedor

de roupa. Em seguida, as fichas são lidas, e o moderador propõe que cada participante conte como se sentiu na situação descrita e como responderam a ela. Após essa discussão, o moderador solicita que os participantes escrevam em outra folha os preconceitos que já praticaram contra outras pessoas e pendurem essas folhas no segundo varal. Da mesma forma, o moderador solicita que todos falem como eles se sentiram ao perceberem o quanto reproduzem uma série de discursos também preconceituosos e quais outros sentimentos são mobilizados nessas situações.

Dicas e variações: importante pontuar aos participantes que, enquanto sujeitos, ocupam na vida diferentes posições; que, muitas vezes, sentem-se vitimizados e desempoderados, mas, em outras situações, eles também exercem um determinado "poder", que é da mesma forma cruel para com outras pessoas.

Materiais de Apoio: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia de sugestões de atividades: Semana Saúde na Escola*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Aconteceu no grupo:

1- O tema preconceito mobiliza muitos sentimentos negativos das vivências desse perfil de usuários e, nesse encontro, uma das participantes pediu para se retirar chorando fortemente, pois estava vivendo as dificuldades e os preconceitos da recém perda (parcial) da audição. O grupo foi bastante solidário e acolhedor, mas não o suficiente para mantê-la até o final. Foi necessário acolhê-la individualmente antes que fosse embora.

2- Apareceram diversas formas de preconceito e violência por parte das participantes. Entre as mais curiosas, estiveram as discussões sobre o uso de banheiros públicos femininos por transsexual e homossexualismo.

Falas dos participantes:

"Oh, eu não tenho preconceito nenhum, com ninguém! Mas eu não gosto de ver mulher beijando mulher e homem beijando homem".

"Já sofri muito preconceito na vida por ser gorda e umbandista".

"Não sou preconceituosa, mas não aceito que travestis e transexuais usem o banheiro feminino! Eu heim!?"

"Às vezes, estamos sendo preconceituosos e nem percebemos!"

Figura 15 – Varal do preconceito. Participantes escrevendo as situações de preconceito que eles já vivenciaram

Figura 16 – Varal do preconceito. Participantes escrevendo os preconceitos que já praticaram contra outras pessoas

11. Mestre-cuca da semana

Tema: Oficina Culinária.

Objetivo: apresentar um ciclo de oficinas culinárias e seus impactos na melhoria da qualidade de vida dos participantes a partir de receitas já inseridas em suas práticas alimentares.

Material utilizado: utensílios de cozinha necessários para cada preparação, luvas descartáveis, pano de prato, forno micro-ondas, geladeira. Para confecção da faixa e do chapéu de cozinheiro: cartolina, canetinha, papel crepom, uma touca descartável.

Técnica utilizada: vivencial.

Passo a Passo: o moderador deve fazer um planejamento coletivo prévio com os participantes – escolher as receitas para cada encontro, disponibilizar essas receitas e dividir os ingredientes e utensílios para cada um. Previamente, também, o moderador faz uma faixa de "mestre-cuca" e um chapéu de cozinheiro. Durante a atividade, a pessoa que sugeriu a receita da semana ensina aos demais como fazê-la, contando com a ajuda de volun-

tários para a preparação. Cabe ao moderador coordenar as discussões, as escolhas, pôr em pauta outras possibilidades de preparo e mediar conflitos durante a atividade. Todas as receitas devem ser "rebatizadas" com o nome de quem a sugeriu e este recebe, no dia, uma faixa escrita "Mestre-Cuca" e um chapéu de cozinheiro. Ao final de cada encontro, os participantes degustam as preparações, discutem a próxima preparação e fazem uma avaliação do encontro.

Dicas e variações: essa oficina culinária pode ser desenvolvida de várias formas. Existem outras experiências nas quais os participantes chamaram esse espaço de "Conversando na cozinha". Esse nome foi pensado a partir de conversas que aconteciam em paralelo à dinâmica de preparação das receitas, ampliando o campo de discussão para além da culinária. Falávamos da insegurança na comunidade, do apoio familiar no tratamento, dicas de onde comprar alimentos baratos. Enfim... O grupo se apropria do espaço e faz dele sua própria cara.

Dicas:

- É necessário, em algumas receitas, adaptar o forno convencional pelo forno micro-ondas, até para otimizar o tempo da atividade.

- Quando necessário, fizemos articulação com a cantina do hospital próximo para assar preparações de forno, já que não dispomos de tal equipamento. Dessa forma, não deixamos de executar nenhuma receita.

- Uma dica de atividade que pode ser desenvolvida nesse espaço é a confecção de aventais, utilizando-se de materiais simples e baratos de conseguir.

- Para a elaboração das receitas, também existe a possibilidade de o coordenador do grupo sugerir uma receita e cada integrante trazer os ingredientes ou solicitar que os integrantes tragam alimentos aleatórios, fazendo com que, no momento da oficina, exista uma reflexão sobre quais preparações podem ser feitas a partir desses

ingredientes ou ainda, um dos usuários selecionar uma receita e ser o mestre-cuca do dia, conforme a experiência relatada acima.

Aconteceu no grupo:

1- Os encontros foram registrados por fotografias e, ao final do primeiro ciclo de oficinas, foi feita a confecção de cadernos de receitas personalizados. Cada um preparou seu próprio caderno, encapando com tecidos e enfeitando com fitas e, coletivamente, preparou-se um álbum seriado com as receitas, fotografias e falas dos participantes.

2- “A mesa está posta!” – Inicialmente, os participantes iam chegando para as oficinas e se colocavam em uma postura muito passiva de todo o processo. Com o passar o tempo, percebemos um empoderamento da atividade, em que os presentes já arrumavam todos os utensílios que seriam utilizados, além de trazerem utensílios de cozinha, panos de copa e panos de decoração para compor a atividade.

Falas dos participantes:

“Além de conhecer novas pessoas, me senti muito bem durante as oficinas”.

“Nós deveríamos frequentar mais... É importante pra nós!”.

“Hoje, tudo o que eu precisava era de uma atividade como esta”.

“Estou achando ótimo algumas consultas da nutrição serem aqui”.

Figura 17 – Oficina Culinária

Figura 18 – Oficina Culinária

Figura 19 – Oficina Culinária

Isto não é um livro de receitas

Espera-se que esta sistematização da experiência dos Centros de Referência em Obesidade com os trabalhos em grupos possa colaborar como um importante material para os profissionais em suas práticas e na construção da linha de cuidado, sobretudo em um momento no qual os olhares das políticas públicas começam a se direcionar para a obesidade enquanto uma questão de saúde pública.

O trabalho em grupo, na experiência desse serviço de saúde, apresentou-se como uma potente ferramenta para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, proporcionando um espaço de fala e escuta que, por sua vez, pode refletir na saúde. Entender o grupo como um espaço de experiência de liberdade e novas vivências é uma tarefa de prática constante e desafiadora. Não confundir palestras – nas quais o sujeito é mero ouvinte e, muitas vezes, de um discurso moralizante e amedrontador – com grupos é difícil, porém recompensador.

Este material que nasceu a partir das práticas vivenciadas nos Centros de Referência em Obesidade ao longo de cinco anos de experiência reflete, assim, um processo histórico do serviço, dos profissionais e dos usuários que o compõem. É fruto do trabalho dos mesmos profissionais que entenderam a importância desse compartilhamento, para que demais trabalhadores dessa temática se inspirem. Longe de ser um material a ser seguido como uma receita, com suas medidas e proporções para um produto final formatado, propõe-se que a leitura e o compartilhamento das práticas

sirvam de inspiração para que cada profissional não só avance em suas práticas e experiências próprias, mas também perceba, assim como a vivência aqui apresentada, que não existe uma única forma de as atividades serem desenvolvidas, pois seguem em permanente processo de reconstrução.

Referências

AUTH, M. A. "Interdisciplinaridade". In González, F. J. e Fensterseifer, P. E. *Dicionário crítico de educação física.* Rio Grande do Sul: Editora Unijuí, 2014.

AYRES, J. R. C. M. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". *Interface.* v. 8, n. 14, pp. 73-92, 2004.

BION, W. R. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo.* Rio de Janeiro: IMAGO, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. "Cadernos de atenção básica: obesidade". N. 12. *Série A. Normas e Manuais Técnicos*. MS/ DAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_______. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_______. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). *Prevalência de déficit de peso e excesso de peso na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo.* Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_______. Portaria n.º 1.569/07. *Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_______. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

_______. Portaria n.º 425, de 19 de março de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_______. Portaria n.º 483, de 1.º de abril de 2014.

_______. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.* MS/ SAS/ DAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_______. *Política Nacional de Promoção de Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

______. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.* MS/ SAS/ DAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

______. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

______. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.* Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

______. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/ GM n.º 687, de 30 de março de 2006.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

______. Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n.º 6, p. 31, 09 jan. 2017.

______. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BUSS, M. e PELLEGRINI FILHO, A. "A Saúde e seus Determinantes Sociais". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, pp. 77-93, 2007.

CARVALHO, M. C e MARTINS, A. *A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual.* Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, 2004.

CECCIM, R. B e BILIBIO, L. F. "Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional". *Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.* Porto Alegre: UFRGS, pp. 47-62, 2007.

COUTINHO, W. "Consenso Latino-Americano de Obesidade". *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia, Metabologia*. São Paulo, v. 1, n. 43, 1999.

DE CASTRO PITANO, S e GHIGGI, G. "Autoridade e liberdade na práxis educativa: Paulo Freire e o conceito de autonomia". *Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação*, v. 2, n. 3, 2010.

FERREIRA NETO, J.L. e KIND,L. *Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família.* São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANCO, T. B. e MAGALHÃES JR, H. M. "Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado". In MERHY, E. E. *O*

Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido.* Editora Paz e Terra, 2014.

FREUD, S. *A psicologia das massas e análise do eu.* Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2011[1921].

GONÇALVES, A. e BASSO, A. C. "Atividade Física". In GONZÁLEZ, F. J e FENSTERSEIFER, P. E. *Dicionário crítico de educação física.* Editora Unijuí, 2014.

HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006.

LEWIN, K. *Problemas de dinâmica de grupo.* São Paulo: Cultrix, 1978.

MACHADO R. C. F. "Autonomia". In STRECK, Danilo R. et al. (ed.). *Dicionário Paulo Freire.* Autêntica, 2015.

MALTA, D. et al. "Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014". *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde,* v. 19, n. 3, p. 286, 2014.

MARIE, N. G et al. "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *Lancet,* 384: 766–81. May 29, 2014.

MARTINAZZO, C. J e CHEROBINI A. L. "Multidisciplinaridade". In GONZÁLEZ, Fernando Jaime e FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. *Dicionário crítico de educação física*. Editora Unijuí, 2014.

MERHY, E. E. et al. *Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde*, 2003.

MORIN, E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

NICOLAU, I. R. *Atuação do enfermeiro em equipe multiprofissional no cuidado a obesos grau III* / Ian Rigon Nicolau (dissertação). Universidade Federal Fluminense, 2015.

PICHÓN-RIVIÉRE, E. *Teoria do vínculo.* São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINTO, M. S. e BOSI, M. L. M. "Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública do município de Fortaleza – Ceará". *Physis. Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 443-57, 2010.

POULAIN. J. P. Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

RODRIGUES P. A. F et al. “Centro de Referência em Obesidade do Município do Rio de Janeiro”. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, pp. 656-62.

RODRIGUEZ, L. S. *Entre o peso da gordura e o das vulnerabilidades no trabalho/; considerações sobre a obesidade mórbida na atualidade* (tese). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade federal Fluminense, 2016.

SEGRE, M e FERRAZ, F. C. *O conceito de saúde.* Revista de Saúde Pública, v. 31, n.º 5, pp. 538-42, São Paulo, 1997.

SILVA, A. M et al. “Práticas Corporais”. In GONZÁLEZ, Fernando Jaime e FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. *Dicionário crítico de educação física.* Editora Unijuí, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization, 2004.

Sobre os autores

Phillipe Rodrigues. Bacharelado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2010) e mestrado em Educação Física pela UFRJ (2016). Doutorando em educação física pela UFRJ. Atualmente, é professor superior I, nível A – ABEU, Centro Universitário e profissional de educação física da equipe multidisciplinar do Centro de Referência em Obesidade. Possui experiência na área de Educação Física, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, obesidade, avaliação física, saúde coletiva.

Luciana da Silva Rodriguez. Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense-RJ, na linha de pesquisa Clínica e Subjetividade, pós-graduada em Clínica Psicanalítica pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, psicóloga clínica em equipe interdisciplinar no Centro de Referência em Obesidade-RJ pela Prefeitura do Rio de Janeiro e docente na Faculdade Machado de Assis.

Caroline Niquini de Assis. Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009), especializações em Obesidade e Emagrecimento (2012), Gestão em Saúde Pública (2014), Fitoterapia (2015) e mestrado em Saúde Pública pelo Instituto de Medica Social – IMS/ UERJ (2017). Atuou como nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Real, entre

2013 e 2016, e no Centro de Referência em Obesidade (CRO), entre 2012 e 2017, compondo a equipe multiprofissional em saúde da família. Atualmente, é nutricionista da Força Aérea Brasileira – FAB. Tem experiência na área de Nutrição em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: segurança alimentar e nutricional, nutrição na atenção básica e Práticas de cuidados em saúde ao obeso.

Raquel de Lima Soeiro Garritano. Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (2010), Pós-graduada em Enfermagem em Emergência pela Universidade Gama Filho (2013) e cursando mestrado profissional em Ensino na Saúde pela UFF. Atualmente, é enfermeira da equipe multidisciplinar do Centro de Referência em Obesidade e da Unidade de Pronto Atendimento de São Gonçalo. Tem experiência na área de saúde mental e de supervisão de enfermagem. Atua, no momento, com os seguintes temas: Obesidade, Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde.

Jorginete de Jesus Damião. Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (1997), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2002) e doutorado pela Faculdade de Saúde Pública - USP. Atuou como sanitarista na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro entre 2000 e 2014, compondo a equipe da área técnica de alimentação e nutrição, Atualmente, é Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Nutrição em Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos seguintes temas: segurança alimentar e nutricional, nutrição na atenção básica, desigualdades em saúde e nutrição, avaliação de intervenções nutricionais e políticas de alimentação e nutrição.

Juliana Pereira Casemiro. Professora Adjunta no Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/UERJ). Doutora em Educação em Ciência e Saúde pelo NUTES/UFRJ. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (2004) e graduada em Nutrição pela UERJ.

O Centro de Referência em Obesidade, serviço reconhecido pelo Ministério da Saúde pelo seu caráter inovador no enfrentamento da obesidade em 2014, apresenta as experiências com atividades em grupo produzidas para pessoas que convivem com os estigmas e limitações da obesidade grave.
A trajetória deste serviço de saúde e as atividades são apresentadas em uma descrição detalhada, sensível e crítica pelos profissionais das equipes.

ISSO NÃO É UM LIVRO DE RECEITAS!
Espera-se que esta publicação possa trazer visibilidade ao trabalho em grupo como uma potente ferramenta de promoção da autonomia, assim como autocuidado e espaço de escuta e acolhimento e vínculo.

A intenção é inspirar e animar a construção de práticas de cuidado mais humanizadas, contextualizadas e que colocam os sujeitos e suas necessidades no centro do debate terapêutico.
Saboreiem.

Apoio: